FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 *juillet* 1900, *à* 1 *heure*

Par J. BONY

Né à Nuits-Saint-Georges (Côte-d'Or), le 4 octobre 1873
Ancien externe des hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE CHEZ L'ADULTE

Président : M. HUTINEL, *professeur*.

Juges : MM. CHARRIN, *professeur*.
MARFAN et VAQUEZ, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

338

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547213_0043

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 juillet 1900, à 1 heure

Par J. BONY

Né à Nuits-Saint-Georges (Côte-d'Or), le 4 octobre 1873
Ancien externe des hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE
CHEZ L'ADULTE

Président : M. HUTINEL, *professeur*.

Juges : MM. CHARRIN, *professeur*.
MARFAN et VAQUEZ, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

ACAD.
DOCTORAT
BIBL.

PARIS

JOUVE ET BOYER
IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pat ologie médicale	DEBOVE. HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	BERGER. DUPLAY. LE DENTU TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.

	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD	DUPRÉ	LEPAGE.	THOINOT
ALBARRAN	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER.	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA TOURETTE	MENÉTRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	HARTMANN	MERY	WALTHER
BROCA (André)	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
BHARRIN	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LEGUEU	TEISSIER	
DELBET		THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS ET A MES AMIS

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE

CHEZ L'ADULTE

INTRODUCTION

Parmi les affections aiguës des voies respiratoires, l'une des mieux connues de nos jours, est certainement la pneumonie. Maladie spéciale, causée par un microbe spécifique, sa contagiosité, ses lésions bien définies, ses symptômes particuliers et son évolution cyclique en font une entité morbide parfaitement isolée des inflammations bronchiques, pulmonaires et pleurales, avec lesquelles on la confondait autrefois. Cependant un doute reste encore sur l'opportunité et le choix du traitement.

« Juguler la pneumonie » tel a été de tout temps le but poursuivi par de nombreux cliniciens. On croirait en effet qu'à cette maladie bien connue et bien limi-

tée, on pût opposer une thérapeutique précise, un traitement spécifique.

Sur le conseil de notre excellent maître, M. le Dr Siredey, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, nous nous sommes proposé comme objet de notre thèse inaugurale, de passer en revue les diverses médications mises en œuvre contre la pneumonie. Elles sont nombreuses, et suivant les vicissitudes des théories successives qui ont dominé la pathogénie de cette affection, nous verrons sa thérapeutique tour à tour offensive, puis défensive, mais toujours impuissante à modifier son évolution.

Nous rechercherons alors, si, à défaut d'un traitement spécifique, le médecin doit rester désarmé et s'en tenir à la seule expectation, ou s'il ne vaut pas mieux recourir à des moyens qui empêchent l'organisme d'épuiser inutilement ses forces pendant toute la période où il lutte contre une infection éphémère.

L'un de ces moyens, la réfrigération, qui malheureusement n'est pas encore entrée dans la pratique journalière a donné des résultats incontestables aux mains de ceux qui l'ont employée. Nous rappellerons rapidement la technique, le mode d'action et les indications de l'enveloppement dans le drap mouillé ou maillot humide, et nous apporterons de nouveaux faits qui nous permettront de juger la valeur de cette méthode.

Des raisons d'ordre général et local établissent entre la pneumonie et la broncho-pneumonie une différenciation bien tranchée et rendent le pronostic de cet-

te dernière beaucoup plus sérieux d'une façon générale que celui de la pneumonie ; mais au point de vue thérapeutique, les différences s'effacent ; le traitement de la broncho-pneumonie est le même que celui des pneumonies graves (Lyon).

C'est ainsi que 146 malades, atteints de pneumonie et de broncho-pneumonie, ont été traités dans le service de M. le Dr Siredey, par le drap mouillé et les toniques. Nous en relatons les observations, où nous trouverons de précieux enseignements. Nous verrons en effet que les résultats obtenus permettent de ranger cette médication parmi les meilleures de celles qui ont été proposées jusqu'à ce jour. Enfin, à l'aide de ces documents, nous chercherons à établir et à vérifier les éléments de pronostic de ces maladies.

Au début de ce travail, qu'il nous soit permis d'adresser nos sincères remerciements à tous ceux qui nous ont guidé dans le cours de nos études médicales.

M. le Dr Siredey, qui a été notre premier maître dans les hôpitaux, et dont nous avons été l'externe, n'a cessé de nous prodiguer ses sages conseils et ses encouragements. Il nous a inspiré le sujet de notre thèse, et a facilité notre tâche au cours de ce travail. Nous lui devons et nous lui assurons le témoignage de notre profonde reconnaissance.

C'est à M. le Dr Ricard que nous sommes redevable de nos connaissances chirurgicales ; M. le Dr Variot nous a enseigné la pratique si délicate de la médecine infantile. Les deux années que nous avons passées dans leurs services compteront parmi les meilleures de

notre temps d'externat. Nous avons su apprécier la sage expérience de ces deux maîtres ; nous avons nous-même mis à l'épreuve leur merveilleux sens clinique dans une circonstance particulièrement difficile. C'est à ce double titre que nous leur adressons nos plus sincères remerciements.

M. le Dr Hallopeau et M. le Dr Brun ont été pour nous des maîtres bienveillants et dévoués ; nous leur présentons l'hommage de notre profonde gratitude.

Nous remercierons encore MM. les docteurs Lepage et Boissard, accoucheurs des hôpitaux, pour le bon accueil qu'ils nous ont fait dans leurs services, et l'excellent enseignement qu'ils nous ont donné.

Que M. le professeur Hutinel, nous permette de lui témoigner notre grande reconnaissance pour l'insigne honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

PREMIERE PARTIE

DES DIVERSES MÉDICATIONS EMPLOYÉES DANS LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE

La recherche d'une médication spécifique contre la pneumonie amena les auteurs à mettre en œuvre la plupart des éléments de l'arsenal thérapeutique. Selon les idées théoriques régnantes, on imposait aux malades des traitements systématiques très variés. L'énumération en serait longue ; nous nous bornerons à citer les principaux, et nous verrons comment la plupart d'entre eux ont été abandonnés à juste titre ou réduits à des indications particulières.

Depuis les temps hippocratiques, jusqu'à une époque assez rapprochée de la nôtre, l'acuité de la maladie avait provoqué l'emploi de moyens violents, d'une médication contro-stimulante énergique, trop souvent au détriment des malades, auxquels il fallait une énergie peu commune pour résister à la fois aux assauts du mal et à ceux du traitement.

La *saignée* était le remède par excellence de la pneumonie et si l'accord n'était pas fait sur le nombre et l'abondance des émissions sanguines, aucun médecin ne se crût permis d'en contester la valeur thérapeuti -

que. Broussais et Bouillaud saignaient tous leurs pneumoniques et leur imposaient la diète la plus sévère, prétendant abattre ainsi la réaction exagérée de l'organisme et juguler la maladie.

Laënnec et Louis (1828) s'étaient élevés déjà contre cette pratique, discréditée bientôt par Skoda (1847).

Voici, du reste, les résultats obtenus par les auteurs qui l'ont employée : Broussais (1838) avait une mortalité effrayante de 62 pour 100, Andral 56 p. 100, Bouillaud 11 p. 100, Louis 33, 3 p. 100, Rasori 24 p. 100, Dietl (Vienne, 1849) 20, 7 p. 100, Magnus Huss (Stockohlm, 1840-1847) 13, 93 p. 100.

C'est alors que Dietl (1849-1852) par une statistique de 750 pneumoniques, traités par l'expectation, prouve que la durée de la maladie n'était pas plus longue, que la lésion n'était pas plus envahissante, et que le résultat était meilleur, puisque la mortalité qui était de 1 pour 5 avec la saignée, tombait à 1 pour 11 par la méthode d'expectation.

La saignée, comme traitement systématique, était vaincue, mais son emploi ne fut pas complètement abandonné. Dès lors, progrès digne d'attention, elle ne s'applique plus à la maladie, elle s'applique à certains éléments de la maladie (Hanot). De nos jours, elle est réduite à un rôle d'urgence, conseillée encore, mais timidement et par quelques-uns seulement dans les cas de pneumonie sténique, avec phénomènes de congestion, chez des sujets vigoureux ou pléthoriques (Talamon)

« Mais, dit Hayem, il fallait un certain courage pour affirmer qu'on pouvait se passer de saigner les pneu-

moniques ; au moins fallait-il conserver une médication ayant un effet cardio-vasculaire fortement dépresseur ». L'*émétique* fut ainsi la base d'une méthode de transition, qui allait amener à considérer la pneumonie comme ayant une tendance naturelle vers la guérison.

C'est à la fin du XVIII[e] siècle, que Rasori (de Milan) inaugura la méthode qui garde son nom, méthode destinée à vaincre le stimulus ou exagération des forces vitales, cause première, selon lui, de la pneumonie. Il donnait l'émétique à très hautes doses (3 à 6 grammes par jour). Ce médicament trouva des adeptes en France ; Laënnec, Grisolle, Louis, Trousseau l'employèrent, mais à doses moins élevées ; quelques-uns d'entre eux l'associèrent à la saignée.

Mais l'émétique expose à de graves dangers ; son action dépressive certaine sur le système nerveux et sur le cœur, l'irritation violente qu'il provoque sur le tube digestif, ne sont pas compensées par la prétendue action résolutive de ce médicament. Aussi son emploi est à peu près abandonné de nos jours, malgré les statistiques plus ou moins heureuses et d'interprétation difficile, obtenues par ceux qui l'ont préconisé. Rasori avait 10 p. 100 de mortalité, Laënnec (1826) 3 p. 100, Dietl (Vienne, 1849) 20,7 p. 100. Associé à la saignée, l'émétique donnait à Laënnec une mortalité de 3.5 p. 100, à Louis (1828) 15 p. 100, à Andral 23 p. 100, à Grisolle 10 p. 100.

Actuellement, le petit nombre de ceux qui le prescrivent encore, le font avec modération et pour obéir à des indications bien définies ; et même dans ces cas

devrait-on le plus souvent lui préférer l'ipéca, préconisé par Jaccoud, Peter et par l'école de Montpellier.

A côté de la saignée et de la méthode stibiée doit prendre place le *vésicatoire*, médication utilisée de tout temps, et de tout temps contestée. Broussais, Laënnec et Louis n'en étaient pas partisans. Grisolle, d'abord hésitant, le prescrivait plus tard, « parce qu'une pratique si universellement acceptée doit avoir quelque raison d'être ». Il en recommandait alors l'usage à condition que le vésicatoire eut 20 à 25 centimètres de long, 14 à 15 de large, et qu'il soit renouvelé après quelques jours. Aussi Béhier avait-il adopté la pratique si dangereuse de ces immenses vésicatoires répétés fréquemment.

Aujourd'hui le vésicatoire compte encore des défenseurs, arguant des modifications problématiques de tension vasculaire. Mais la majorité des cliniciens se basant sur les nombreux méfaits de cette médication, s'accordent à la proscrire. « En réalité, comme l'a dit Grisolle lui-même, le vésicatoire n'a aucune action, ni sur la marche, ni sur la durée de la pneumonie. Il ne modifie pas plus l'engouement initial, qu'il ne hâte la résolution finale ». Pourquoi alors imposer aux malades cette pratique pénible et dangereuse dont l'efficacité est prouvée scientifiquement ? L'usage en serait du reste à peu près abandonné, s'il ne servait souvent à satisfaire aux préjugés populaires.

Nous rangerons encore au nombre de ces médications rigoureuses, et réputées spécifiques, l'emploi de la *digitale*, prescrite au commencement de ce siècle

comme contro-stimulant (Rasori), puis mise en honneur par Traube (1850) et par Hirtz, de Strasbourg (1862). Mais l'emploi systématique de la digitale à hautes doses n'avait guère trouvé de partisans, quand Petrescu de Bucharest, (*Congrès international de thérapeutique* 1889), est venu annoncer des succès si extraordinaires dus à ce médicament, administré à des doses encore plus élevées, que l'attention a été de nouveau attirée sur la prétendue action spécifique de la digitale contre la pneumonie. Petrescu administre 4 à 8 grammes et jusqu'à 12 grammes de feuilles de digitale en infusion à prendre en 24 heures, et en trois jours au plus, les symptômes physiques et généraux disparaîtraient; la pneumonie serait jugulée. Plus de mille cas auraient été traités de la sorte et la mortalité aurait été réduite à 2 et même à 1, 2 pour 100.

Pétrescu eut des imitateurs, qui, sans oser toutefois prescrire des doses aussi élevées, ont obtenu des résultats généralement favorables. Fickl qui donnait de 2 à 3 grammes de feuilles a traité 108 pneumoniques et n'a eu qu'un seul décès. Hœpfel prescrivait de 3 à 4 grammes de digitale et n'aurait eu qu'un décès sur 15 cas traités. Barth (*Semaine médicale*, 1896) a réduit la dose à 2 grammes et n'aurait qu'à se louer des résultats obtenus.

Que faut-il penser de l'emploi systématique de la digitale à hautes doses dans le traitement de la pneumonie ? La plupart des auteurs critiquent avec raison des doses aussi élevées qui sont toxiques et dépressives, même chez un fébricitant, et ne doivent sans doute

leur innocuité qu'à leur non absorption ou à une différence dans la composition et par suite dans la toxicité moindre de la digitale employée. Enfin les essais et les statistiques de Pétrescu et de Fickl ont porté sur des soldats, c'est-à-dire sur des sujets jeunes, robustes, et sans tare morbide, qui eux ont une tendance naturelle à la guérison.

Mais à côté des méthodes systématiques, il faut citer l'emploi de la digitale suivant les indications. Elle a été préconisée comme antifébrile (Jaccoud), dans les cas où le pouls est particulièrement fréquent (Lépine), dans la pneumonie typhoïde (Gallard) enfin dans la pneumonie dite grippale avec affaiblissement de la contractilité du cœur (Huchard). Pour ce dernier auteur, la digitale ne doit tirer son indication ni de l'état du poumon, ni de la température, mais de celui de la circulation; quand il s'agit de vieillards surtout, « la maladie est au poumon, le danger est au cœur »; mais alors la caféïne, dont les effets sont plus rapides, serait préférable.

En dehors des grandes médications classiques, il en existe beaucoup d'autres, les unes anciennes, les autres plus récentes, toutes médications prétendues actives elles aussi, mais qui pour être moins dangereuses que les précédentes, n'en ont pas moins leurs inconvénients et sont, en tout cas, d'une efficacité problématique.

Le *kermès minéral* et *l'oxyde blanc d'antimoine* ont été préconisés par Trousseau à la dose de 2 grammes comme succédanés de l'émétique. Grisolle s'ap-

puyant sur une statistique de 17 pneumoniques avec 5 décès ne reconnaît à ces médicaments aucune valeur thérapeutique. De nos jours, le kermès est encore employé par quelques médecins comme expectorant; mais ce résultat n'est acquis qu'au prix d'un état nauséeux fort pénible.

L'*acétate de plomb* n'a donné entre les mains de Leudet qu'une mortalité de 7 p. 100. Cette médication a été reprise récemment par Crocq (de Bruxelles) qui en aurait obtenu les meilleurs résultats dans toutes les formes de la pneumonie.

L'*acétate de cuivre* a été employé par Kissel avec une mortalité de 4 pour 100 seulement.

Malgré les succès obtenus, on se demande quelle peut bien être l'action de ces deux médicaments dans la pneumonie, et en les administrant, ne ferait-on pas alors, comme le dit Talamon, une sorte d'expectation sans le savoir.

L'iodure de potassium, dont l'action est réputée « résolutive et fondante » a été prescrit dans la pneumonie à la dose dangereuse de 20 à 25 grammes par jour. Velten prescrit six grammes seulement, mais exige comme condition indispensable que l'iodure soit administré dans les 12 ou 24 heures qui suivent le frisson. Passé ce délai, le médicament ne produirait aucun effet utile.

Le *jaborandi* et la *pilocarpine* ont été préconisés en raison de leur action sudorifique et regardés même par certains comme le véritable spécifique de la pneumonie. Mais ces médicaments sont contre-indiqués à

cause de leur action dépressive sur le cœur et des accidents de syncope et de collapsus qu'ils peuvent provoquer.

Nous en dirons autant de la *vératrine*, qu'il faut à jamais bannir du traitement de la pneumonie. L'état de prostration et de collapsus qu'elle provoque en fait un médicament des plus dangereux, malgré les résultats de la statistique, toujours complaisante, qui fournit, d'après Vogt, une mortalité de 8 pour 100.

L'*ergotine*, préconisée par les Américains, aurait donné d'excellents résultats, d'après Wells de New-York ; la pneumonie avorterait dans la moitié des cas et dans les autres, la durée de la maladie serait réduite à 6 ou 7 jours. Ces résultats n'ont pas été confirmés et tout récemment, Pink (de Prague) affirme au Congrès allemand de Wiesbaden (1900) que l'influence de ce médicament sur les vaisseaux du poumon est nulle, et qu'on ne saurait compter sur son emploi pour restreindre la congestion pulmonaire et enrayer l'inflammation.

Le *salicylate de soude* expérimenté par Lécorché et Talamon, aurait donné un succès, qui fut suivi du reste d'autres essais infructueux.

Citons encore le *chlorure de calcium*, qui aurait fourni à Crombie les meilleurs résultats dans 22 cas de pneumonie traités par ce médicament.

Enfin le *bicarbonate de soude* préconisé par Mascagni, Lemaire (1853), Popham (1867) aurait la propriété de rendre les crachats moins visqueux, la toux humide et plus facile.

La liste n'est pas épuisée, des médications aussi nombreuses que variées, qui, suivant les expérimentateurs devaient vaincre le processus de la pneumonie. Nous nous arrêterons là. Nous connaissons maintenant la pratique vaine et dangereuse « de cette médecine agitée, inquiète, active des anciens maîtres de la science ». G. Sée.

De cet abus de traitements systématiques et aggressifs dont l'impuissance est avérée, devait naître une autre pratique tout opposée, exclusive et rigoureuse elle aussi, mais moins dangereuse que la thérapeutique offensive. Dietl et Bennett avaient montré que l'*expectation* pure et simple donnait de meilleurs résultats que l'emploi de la saignée et de l'émétique. Dietl, qui avait perdu 17 pneumoniques sur 85 en employant une médication énergique, obtient par la seule expectation une mortalité de 7, 4 p. 100. Bennett : sur 648 pneumoniques traités par la saignée, 222 décès ; plus tard, la saignée étant exclue, 62 guérisons sur 65 cas. Citons encore quelques statistiques obtenues par l'expectation : Bourgeois (d'Etampes, 1860), 10 pour 100 de mortalité ; Marotte (1855) 10 cas, 10 guérisous ; Barthez 212 cas (enfants), 210 guérisons ; Santiard (1862) 10 cas, 10 guérisons.

C'en était assez pour démontrer l'inutilité des méthodes sanglantes et perturbatrices, prétendues jusqu'alors indispensables. Il était désormais prouvé que l'organisme peut à lui seul faire les frais de la maladie, et sortir victorieux de la lutte, sans autres armes que les siennes. Enfin le jour où l'on découvrit l'agent

pathogène, où l'on connut la bénignité relative et la vitalité éphémère du pneumocoque, on comprit que l'attaque n'était réellement redoutable qu'autant que la défense était moins énergique.

Dès lors, l'expectation n'était plus suffisante, on avait cessé de nuire, on n'avait plus de raison de refuser au pneumonique des remèdes qui peuvent atténuer ses souffrances ou aider son organisme à triompher du mal. Il fallait désormais recourir à une thérapeutique défensive.

Et pourtant, la découverte du pneumocoque et sa présence dans le sang devait logiquement amener les chercheurs à découvrir le sérum antipneumonique. Un jour peut-être trouvera-t-on là le vrai traitement spécifique de la maladie : mais jusqu'à présent la *sérothérapie* n'a pas donné dans la pneumonie les brillants résultats obtenus dans d'autres affections, telles que la diphtérie. Des essais de Klempérer, de Foa et Scabia, de Bozzola, Jonssen, on peut conclure que le sérum antipneumonique abaisse quelquefois la température d'une façon définitive, que le plus souvent cet abaissement n'est que temporaire, que dans quelques cas l'effet est nul et qu'enfin, exceptionnellement on a pu observer une aggravation. La méthode n'est du reste pas encore sortie du domaine expérimental.

D'autres auteurs ont voulu atteindre le microbe directement soit par des injections de substances anti-parasitaires dans le foyer pneumonique ou dans la trachée, soit par des inhalations de vapeurs antiseptiques. Lépine expérimenta des *injections intra-pulmonaires* de solu-

tions de sublimé à 1 pour 40.000, ou d'iodure de potassium au 25°. Cette pratique « d'une innocuité relative » n'a pas donné de résultats satisfaisants et semble avoir été abandonnée par Lépine lui-même.

Hayem préconisa les *inhalations de nitrite d'amyle* à hautes doses et n'obtint qu'une atténuation de la dyspnée et des phénomènes stéthoscopiques ; sur 77 pneumoniques ainsi traités, il y eut 16 décès, soit une mortalité de 20,78 p. 100.

Baumgartner et Warrentrap obtinrent une mortalité de 10 p. 100 par les *inhalations de chloroforme*. On ne saurait vraiment recommander cette méthode dans une maladie où la syncope et l'asphyxie sont tant à redouter.

Il a été fait grand bruit, il y a quelques années, d'un traitement de la pneumonie grave par les abcès provoqués à l'aide *d'injections sous-cutanées d'essence de térébenthine* et jouant ainsi le rôle d'abcès de fixation. Cette méthode fut appliquée avec succès dans divers cas de pneumonie grave, ou même en imminence de suppuration (Lépine, Dieulafoy, Bard, Ollivier, Gingeot, etc). Mais elle est restée sans résultat dans les mains de Rendu (3 cas), de Chantemesse (7 cas), de Deny (1 cas). Si donc le procédé semble avoir donné quelques succès, la clinique n'a pas encore prononcé dans le sens d'une médication spécifique.

Ainsi les tentatives faites en vue de combattre l'agent pathogène au sein même de l'économie sont jusqu'ici demeures stériles.

Nous avons rencontré au cours de cette revue rapide

des médications antipneumoniques, de nombreuses statistiques, la plupart plus ou moins heureuses et plus ou moins complaisantes en faveur des méthodes thérapeutiques qui ont servi à les édifier. Mais comme nous le verrons plus loin, l'appréciation en est difficile ; beaucoup de ces statistiques ont été expurgées, un grand nombre d'entre elles portent sur des séries de malades trop resteintes ; enfin toutes ou presque toutes sont trop sommaires, ne relatant pas les conditions et les éléments de pronostic qu'ont présentés les malades.

Les brillants résultats obtenus par certains auteurs n'ont pas été confirmés par d'autres ; de sorte qu'à l'heure actuelle, il n'existe pas de médication spécifique incontestable contre la pneumonie. Aucune méthode n'est capable d'interrompre l'évolution naturelle du pneumocoque et notre rôle doit se borner à surveiller les réactions qu'il provoque sur l'organisme et à les combattre dans la mesure de nos moyens. Nous savons que les jours de ce germe sont comptés ; nous devons placer le malade dans les conditions dynamiques les meilleures pour qu'il sorte vainqueur de cet assaut momentané.

C'est ainsi, comme le dit Talamon, que la thérapeutique de la pneumonie, après avoir été offensive, puis expectante, est devenue défensive, suivant en cela l'évolution des théories pathogéniques.

Aussi les médications, que nous allons citer maintenant, sont employées dans la pneumonie sans espoir de la juguler, mais dans le seul but d'aider et de sou-

tenir les forces du malade dans une affection où la déchéance de l'organisme et l'adynamie sont si fréquentes et si redoutables.

L'usage de l'*alcool* dans la pneumonie remonte au temps de Grisolle. Mais l'emploi n'en fut érigé en méthode qu'en 1860 par Todd dont les idées furent acceptées au moins en partie en Amérique et vulgarisées en France par Béhier qui obtint une mortalité réduite à 10 p. 100.

Sans être antipyrétique, comme on l'a prétendu, et sans vouloir en faire un aliment en le donnant à doses excessives, ce qui est au moins inutile, l'alcool rend vraiment des services dans la pneumonie comme stimulant. On le prescrira surtout dans la pneumonie chez les alcooliques, les vieillards, les cachectiques, dans les formes ataxo-adynamiques et dans les pneumonies secondaires. Dans les autres cas, mieux vaudrait peut-être s'en abstenir, ou éviter tout au moins de le prescrire à doses élevées.

Dans les mêmes cas et pour la même raison, on associera à l'alcool les *sels d'ammoniaque* et en particulier l'acétate qui jouit de propriétés stimulantes incontestables.

La *caféine* trouvera son indication dans la pneumonie des vieillards, et dans tous les cas où l'on observera une insuffisance du myocarde. D'après Huchard, c'est un médicament précieux, qui remplit la triple indication d'exciter le myocarde, de combattre la tendance à l'adynamie et de favoriser les fonctions rénales. Elle est souvent préférable à la digitale, en raison de la

rapidité plus grande de son action. Comme succédané, on pourra également prescrire le café, dans tous les états où le système nerveux a besoin d'être relevé.

La *spartéine* est, elle aussi, un tonique du cœur dont on trouvera souvent l'indication dans les pneumonies adynamiques.

Les *inhalations d'oxygène* aideront à calmer la dyspnée dans les cas de pneumonies très étendues avec menace d'asphyxie.

Les *injections sous-cutanées d'huile camphrée et d'éther* seront mises en usage comme stimulants dans les formes adynamiques.

Les injections sous-cutanées et même intra-veineuses de *sérum artificiel* ont été employées avec succès par Barré dans la pneumonie infectieuse, et par Bosc et Vedel (1) dans la pneumonie adynamique.

Un symptôme de la maladie que nous avons jusqu'ici laissé de côté, l'hyperthermie, souvent considérable, a de tout temps sollicité les efforts des cliniciens. La fièvre est liée à la gravité de l'infection, exerce son action sur les centres nerveux et tient surtout à la pullulation microbienne ou à l'imprégnation de l'organisme par les toxines. Dans ces conditions, les médicaments qui abaissent la température en déglobulisant le sang, comme l'*antipyrine*, la *phénacétine*, l'*antifébrine*, nous font croire que la fièvre est tombée, alors que seule la température est abaissée, sans que sa véri-

1. Bosc et Vedel, (Congrès de médecine de Nancy, 1896) et *Revue de médecine*, 10 novembre 1897.

table cause ait pu être atteinte. Aussi faut-il en proscrire l'emploi dans la pneumonie, sauf à petites doses pour calmer les malaises.

Quelques médecins emploient la *quinine;* mais la dose nécessaire (1,50 à 3 gram.) pour exercer une réelle action antithermique n'est pas à conseiller.

C'est ainsi que n'ayant aucun médicament capable de lutter efficacement contre cette hyperthermie d'origine infectieuse, et sachant d'autre part qu'une fièvre intense indique un état grave et peut faire redouter une éventualité fâcheuse, nous pourrons recourir à une pratique déjà très ancienne et qui de tout temps a donné de bons résultats, l'*hydrothérapie.* Et c'est encore l'hydrothérapie, dont c'est peut-être la vertu primordiale, qui nous aidera à remplir l'indication principale dans le traitement de la pneumonie, à savoir : stimuler les centres nerveux, activer la circulation et favoriser la diurèse. Mais nous n'anticipons pas sur ce point qu'il nous reste maintenant à développer et qui fera l'objet des chapitres suivants.

DEUXIÈME PARTIE

DE L'HYDROTHÉRAPIE ET EN PARTICULIER DE L'ENVELOPPEMENT DANS LE DRAP MOUILLÉ.

Nombreux et variés sont les procédés hydrothérapiques mis en œuvre dans le traitement des affections aiguës des voies respiratoires. Les bains froids, tièdes ou chauds, les affusions d'eau chaude ou froide, les bains de vapeur, les applications locales de compresses humides ou de sachets de glace, les enveloppements dans le drap mouillé de durée plus ou moins prolongée et plus ou moins fréquemment renouvelés, tous ces moyens ont été préconisés par de nombreux auteurs, et il serait trop long de faire de chacun d'eux une étude complète.

Nous nous contenterons, au cours d'un historique rapide, de citer chacune de ces méthodes ; chemin faisant, nous exposerons les résultats obtenus et nous rapporterons des chiffres et des statistiques qui nous permettront d'en apprécier la valeur thérapeutique.

CHAPITRE PREMIER

Historique de la méthode hydrothérapique dans le traitement de la pneumonie.

Les origines de l'hydrothérapie dans le traitement des affections inflammatoires du poumon remontent à la plus haute antiquité. Hippocrate, Asclépiade et Galien connaissaient déjà le parti qu'on peut tirer de cette méthode « pour calmer la douleur de côté, mûrir l'expectoration, favoriser la respiration et activer la diurèse. »

Au moyen-âge, il est peu question de l'eau froide, et il faut arriver jusqu'au XV^e^ siècle pour voir les pratiques hydrothérapiques reprendre quelque faveur.

Mais ce n'est guère qu'à la fin du XVIII^e^ siècle que cette médication, employée jusque-là d'une manière empirique, est érigée en véritable méthode thérapeutique par un médecin anglais, James Currie, qui, en 1798, publie les résultats excellents qu'il a retirés des affusions froides dans le traitement des maladies aiguës et fébriles.

En Italie, Giannini préfère les immersions aux affusions, comme étant d'un usage plus commode.

La méthode trouva de nombreux partisans en Suisse et en Allemagne, et c'est là que l'on commença véritablement à utiliser l'eau froide dans le traitement de la pneumonie.

En 1843, lors de la réunion des médecins hydropathes à Marienberg, on agita la question de savoir si les inflammations pulmonaires et pleurales pouvaient être guéries par les méthodes hydrothérapiques ; il fut décidé, après relation de nombreux faits que ces inflammations, même parvenues à un haut degré d'intensité, pouvaient être guéries par ce traitement et à l'exclusion de tout autre. Plusieurs affirmèrent que, sans saignée et par la soustraction pure et simple de calorique au moyen de l'eau, ils avaient guéri complètement et promptement ces graves maladies. Tous furent d'accord sur l'action favorable des enveloppements dans le drap mouillé, tant comme moyen de sédation, que comme moyen d'amener les sueurs et de provoquer des crises salutaires.

En dehors des médecins hydropathes, la réfrigération trouva des partisans convaincus.

En 1850, le professeur Vogel de Berne emploie les bains froids dans la pneumonie.

A la clinique de Bâle, Liebermeister affirme avoir vu la mortalité de ses malades diminuer d'un tiers, sous l'influence de la méthode réfrigérante. De 1858 à 1867, 692 pneumoniques traités par l'expectation lui donnent 175 décès, soit une mortalité de 25, 3 pour 100 ; tandis que de 1867 à 1871, sur 230 malades traités par les

bains froids, 38 seulement succombèrent, soit une mortalité de 16,5 pour 100.

Fismer (de Leipsig) donne la statistique suivante : sur 230 cas, non traités par les bains froids (1858-1866) il y eut 60 morts (26 p. 100), et parmi eux 28 pneumonies doubles avec 17 morts (60,7 p. 100). Avec le traitement réfrigérent (1867-1871), 230 cas : mortalité de 16,5 p. 100 au lieu de 26,1 p. 100 pour la pneumonie en général, et mortalité de 38,5 p. 100 au lieu de 60,7 p. 100 pour la pneumonie double.

En 1873, Mayer, d'Aix-la-Chapelle, aurait encore obtenu de meilleurs résultats. D'après lui la mortalité, qui était de 24 pour 100, tombe à 8,8 p. 100.

Lebert, de Breslau, pròclame que la médication par les bains froids constitue le meilleur traitement de la pneumonie.

En 1877, Jurgensen, de Kiel, recommande les bains tièdes, suivis de lotions froides, et préconise également les bains froids, suivant les indications. Sur 567 pneumoniques, traités par la méthode réfrigérante, il n'y eut que 72 décès, soit une mortalité de 12, 7 pour 100. Sa statistique se décompose ainsi :

De 0 à 20 ans	366 cas	3 morts	soit 0,8 0/0
De 20 à 40 —	54 —	10 —	— 18,5 0/0
De 40 à 80 —	147 —	59 —	— 40,1 0/0

En 1883, le numéro de la *Revue d'Hayem*, du 15 octobre, contient le résumé d'un travail de Kisselef sur le *Traitement de la pneumonie croupale*. 23 cas traités par les bains ont donné 4 décès, soit 17,3 p. 100, tan-

dis que sur 21 autres, traités sans bains, on compta 12 décès, soit une mortalité de 57,1 p. 100.

Mais ce n'est pas seulement le bain froid, ce sont encore les applications locales et les enveloppements partiels ou complets, qui ont été employés en Allemagne avec succès. Barthels (1861), Ziemssen (1862), Riegel de Wurtzbourg préconisent les compresses froides et fréquemment renouvelées sur la poitrine.

Niemeyer, de Tubingen (1865) conseille les applications locales de vessies de glace sur le thorax.

En 1880, Winternitz emploie les enveloppements de tout le corps dans un drap mouillé, mais il laisse la tête et les pieds libres: il fait 5 ou 6 enveloppements consécutifs de dix minutes chacun.

Henoch de Berlin, dans son *Traité des maladies de l'enfance*, décrit en détail la technique des enveloppements.

Ce n'est que vers 1883, qu'on commence en France à juger favorablement et à appliquer cette médication. Nous sommes restés longtemps hésitants et septiques ; les essais furent d'abord peu nombreux et timides ; mais les succès ne se firent pas attendre, les partisans de la méthode devinrent de plus en plus nombreux, et si l'usage de l'hydrothérapie froide dans le traitement de la pneumonie n'a pas encore eu raison des préjugés du vulgaire, elle peut être considérée de nos jours, comme une méthode rationnelle, scientifique et qui du reste a déjà bien fait ses preuves.

Ce fut M. Gignoux, de Lyon, qui le premier en France (1883) émit un avis favorable sur la pratique des

bains froids dans la pneumonie. Huit malades ainsi traités ont guéri ; les observations en sont relatées dans la thèse de Goumy (Lyon, 1884).

En 1884, au Congrès de Blois, Chaumier de Tours publie 37 cas (dont 6 vieillards et 31 enfants ou jeunes gens) soumis aux bains froids et tous guéris.

M. Barth (Société médicale des hôpitaux, 1890) a rapporté sept observations remarquables de pneumonies traitées et guéries par le bain froid.

Hénault (Thèse, Paris, 1890) cite 21 observations de cas graves traités par les bains froids avec 17 guérisons.

En 1892, M. le professeur Hutinel et M. Sevestre font chacun une communication sur la valeur des bains froids dans la pneumonie et la broncho-pneumonie infantiles.

La même année, M. Turbiau dans une thèse, inspirée par M. Rendu, présente 22 observations avec deux décès seulement, de pneumoniques traités par les enveloppements dans le drap mouillé. M. Rendu n'a pas cessé d'appliquer dans son service cette méthode de réfrigération dont il a été le vrai promoteur en France et dont il obtient les meilleurs résultats depuis 1890. Il a exposé lui-même la technique et la valeur de ce procédé (1).

En 1893, Differdange, élève de M. Comby, publie une thèse sur le « *Traitement de la pneumonie par les bains froids* » et donne 16 observations avec deux décès.

1. *Journal des praticiens*, 1894 2e semestre, pages 109 et 449.

En 1894, dans une discusion à la Société médicale des hôpitaux, MM. Rendu, Chauffard, Siredey, Richardière s'accordent à préconiser la méthode des enveloppements froids.

La même année, M. Legendre et son élève Chaumier, (Thèse de Paris 1894), recommandent les enveloppements humides du thorax dans les congestions actives du poumon.

En 1895, à la Société médicale des hôpitaux MM. Rendu, du Cazal, Siredey, Catrin, Legendre et Hayem déclarent avoir obtenu de très bons effets de l'hydrothérapie froide chez les adultes. M. Hayem en particulier, affirme avoir abaissé à 28 ou 27 p. 100 la mortalité qui s'élevait à 50 pour 100 dans son service de l'hôpital Saint-Antoine avant l'emploi des bains froids.

Mays (1897) apporte une statistique de 299 cas avec 10 morts, obtenue chez des pneumoniques traités par des applications locales de vessie de glace sur le thorax. La même méthode a donné à Lees 2 décès sur 18 cas, et à Ficaudt une mortalité de 2.82 p. 100 sur 106 cas. Tyson et Anders se déclarent partisans de cette médication.

En 1900, Carnus, sous l'inspiration de M. Hirtz publie une thèse sur le traitement des affections aiguës du poumon par les enveloppements humides permanents du thorax. Il cite 11 cas, tous suivis de guérison.

Enfin, au dernier Congrès allemand de médecine interne tenu tout récemment à Wiesbaden (1900), Noth-

nagel se déclare partisan convaincu de l'emploi de l'hydrothérapie dans le traitement de la pneumonie sous forme de bains froids ou tièdes, d'ablutions froides, ou d'enveloppements humides.

CHAPITRE II

Technique de l'enveloppement dans le drap mouillé. — Ses effets immédiats.

La technique de l'enveloppement dans le drap mouillé, tel que l'emploie M. Siredey, n'est autre que la méthode adoptée par M. Rendu en 1890, mais avec cette différence que M. Rendu ne fait par jour qu'un enveloppement qu'il prolonge pendant trois heures, tandis que M. Siredey ne laisse le malade dans le drap mouillé que pendant une heure et renouvelle l'application deux et même trois fois, s'il le faut, dans les 24 heures.

On trempe d'abord dans un seau rempli d'eau à 15° environ un drap plié en plusieurs doubles. Puis sur un lit placé à côté de celui du malade, on étend, en les superposant, une toile cirée, une couverture de laine et le drap mouillé qu'on aura soigneusement exprimé, pour enlever l'excès de liquide.

Le patient, complètement déshabillé, est alors couché sur le drap dont on l'enveloppe aussitôt, et qu'on a soin de faire pénétrer entre les bras et la poitrine, et entre les jambes, pour que le contact avec la surface cutanée soit aussi étendu que possible, mais tout en ne

serrant que modérément. On ramène ensuite la couverture de laine sur les épaules, autour du cou et sous les pieds, de manière à en recouvrir complètement le malade. La tête est légèrement relevée à l'aide d'un oreiller ; enfin on étale sous le menton une alèze destinée à recevoir les produits d'expectoration.

La durée de l'enveloppement est d'environ une heure, et pendant ce temps, le malade devant garder l'immobilité complète, on lui fera boire soit un grog chaud, soit une potion de Todd, soit tout autre boisson tonique.

A la suite de l'application, se succèdent alors à peu près invariablement trois périodes que M. Rendu compare aux trois stades de l'accès de fièvre intermittente.

Dans une première phase, qui suit immédiatement le contact du drap mouillé, le malade éprouve une sensation de froid très intense, sensation parfois désagréable, mais toujours assez bien supportée, en raison de son peu de durée ; en même temps, il est pris d'un léger frisson et quelquefois d'un peu de dyspnée.

Puis, rapidement, au bout d'une minute environ, survient une sensation de bien-être et de soulagement, contrairement à ce qui se produit dans le bain froid, où l'impression pénible se prolonge plus longtemps. A la phase de réfrigération très courte, a succédé une période de réchauffement. La température s'élève momentanément de quelques dixièmes de degré ; mais en même temps le point de côté s'atténue, les phénomènes douloureux et la courbature diminuent d'intensité, la respiration devient plus ample, plus profonde, plus régulière, la dyspnée disparait. Enfin la toux renaît, mais

plus facile, moins douloureuse et favorise l'expectoration.

Au bout d'une demi-heure, s'observe une troisième phase, véritable stade de sueurs. La circulation et la sécrétion cutanées sont en pleine activité ; une transpiration abondante s'établit et persiste souvent longtemps après l'enlèvement du drap mouillé. Aussi est-il nécessaire, au sortir du maillot humide, d'envelopper le malade d'une alèze chaude, qu'il faudra parfois même renouveler dans les heures qui suivront. C'est alors que se produit un abaissement de température assez durable et entretenu par l'évaporation sudorale.

On observe souvent à la suite de l'enveloppement un érythème cutané assez intense, phénomène témoin de la révulsion énergique obtenue par le drap mouillé.

CHAPITRE III

Mode d'action de l'enveloppement dans le drap mouillé.

A défaut de médication spécifique, la thérapeutique dans la pneumonie doit se borner à remplir les diverses indications, fournies par l'état local des poumons et surtout par l'état général du malade : soutenir le cœur et activer la circulation, faciliter l'expectoration et modérer la dyspnée, augmenter le taux des sécrétions et l'élimination des toxines, combattre l'adynamie et l'asthénie nerveuse, enfin diminuer l'hyperthermie.

Une méthode qui, sans faire courir aucun risque au patient, serait à même de lui rendre ces services, serait à coup sûr une ressource bien précieuse.

L'enveloppement dans le drap mouillé est-il capable de remplir ces indications, autant et même mieux que les nombreuses médications mises en œuvre jusqu'ici? Son emploi est-il plus avantageux et moins dangereux que les autres procédés de réfrigération? C'est ce que nous allons maintenant examiner, en étudiant rapidement son action sur les divers organes et fonctions de l'économie.

I. — *Action sur la circulation.*

Dans la première phase, qui suit immédiatement l'application réfrigérante, il se produit une anémie périphérique, due à l'excitation par le froid des nerfs vaso-constricteurs des capillaires cutanés, et correspondant à une hyperhémie du système circulatoire central et des poumons. Ce serait là, pour certains auteurs, une période dangereuse où l'on pourrait craindre la syncope et l'asphyxie. Mais, outre que ces accidents ne se produisent guère que si le cœur est lésé au préalable ou si l'hépatisation est trop étendue, nous ne croyons pas que, même dans ces conditions, l'action réfrigérante modérée et du reste passagère du drap mouillé puisse entraîner ces redoutables complications, imputables seulement et dans des circonstances particulières à l'emploi du bain froid.

Mais bientôt un phénomène inverse se produit. La vaso-constriction périphérique est presque immédiatement suivie de vaso-dilatation, amenant une dérivation fluxionnaire sanguine, qui se fait des organes internes vers la surface cutanée. Le travail du cœur en est allégé et la pression dans la circulation pulmonaire étant réduite, la respiration et l'hématose s'effectuent plus aisément.

Telle est, ainsi réalisée, la révulsion par congestion, révulsion intense et très étendue ainsi qu'en témoignent la rougeur intense de la peau et la transpiration abondante qui succèdent à l'enveloppement.

Peut-être même, cette action sur la circulation exer-

ce-t-elle une influence directe contre le microbe en détruisant les phénomènes vaso-constricteurs provoqués par le pneumocoque (Bouchard et Roger) et en diminuant ainsi, grâce à une phagocytose plus active, l'infection et l'intoxication qui en résultent.

II. — *Action sur la respiration.*

Il est prouvé physiologiquement, et l'observation clinique le confirme, que les phénomènes mécaniques de la respiration peuvent être influencés, par voie réflexe, par les excitations produites sur les terminaisons nerveuses de la surface cutanée.

L'amplitude des inspirations est augmentée et se trouve favorisée d'autre part par la diminution du point de côté. Les alvéoles pulmonaires se déplissent plus complètement, la petite circulation en est facilitée, et, si le bloc hépatisé ne redevient pas immédiatement perméable, il n'est pas douteux que le cœur est encore soulagé et que l'hématose va s'effectuer dès lors dans de meilleures conditions. Le fait en est palpable par la diminution ou la disparition de la dyspnée qui suit l'enveloppement.

II. — *Action sur les sécrétions.*

Sous l'influence du drap mouillé « tous les émonctoires entrent en fonction : la peau, le rein, l'arbre respiratoire » dit M. Rendu (*Journal des praticiens*, 1894).

L'expectoration est plus abondante, plus fluide et plus facile. La sécrétion salivaire est augmentée, la langue est moins sèche. La transpiration est très active et persistante, ce qui concourt encore à diminuer la tension sanguine, favorise l'élimination des toxines et assure le bon fonctionnement de la peau qui joue quelque rôle dans l'acte respiratoire.

Malgré la profuse diaphorèse qu'il provoque, l'influence du drap mouillé sur la quantité des urines est un fait des plus remarquables; et c'est là un des résultats les plus constants et les plus heureux de la méthode. Or, comme le dit Liebermeister, « la diurèse est l'étalon de la guérison; tout malade, qui urine beaucoup, guérit. » Il est en effet très fréquent d'observer chez les pneumoniques des urines rares, foncées, sédimenteuses et souvent albuminuriques; et c'est merveille de voir constamment et rapidement, dans les heures qui suivent l'emploi du maillot humide, les malades émettre deux et trois litres d'urine claire et limpide, réalisant ainsi, à n'en pas douter, une décharge urotoxique éminemment favorable. Nous avons même constaté que le plus souvent l'albumine disparaît au bout de quelques jours de traitement.

Le mécanisme de cette action sur le rein est encore obscur. On doit invoquer surtout l'excitation réflexe partie de la surface cutanée et portant directement sur l'élément sécréteur.

IV. — *Action sur le système nerveux.*

Par son influence sur la circulation générale et sur les émonctoires, le drap mouillé régularise l'afflux du sang au cerveau et diminue l'intoxication du système nerveux. Mais il agit encore plus directement sur les centres, et produit tour à tour, par action réflexe et sans doute aussi comme antithermique, des effets excitants puis sédatifs. L'action stimulante le « coup de fouet » selon l'expression de Peter, intervient d'abord heureusement pour tonifier et réveiller le système nerveux, résultat fort appréciable dans les formes adynamiques de la pneumonie.

Mais l'enveloppement joue encore un autre rôle, qu'on ne saurait attribuer au bain froid. Au bout de quelques minutes d'application, la température du drap s'élève, le corps est plongé dans une atmosphère chaude et humide et le malade éprouve alors l'action sédative d'un bain tiède. Il en résulte pour lui, une sensation de bien-être ; la douleur est calmée, l'agitation et le délire diminuent d'intensité, et l'on voit parfois s'endormir, même avant la fin de l'enveloppement, des malades épuisés par une insomnie rebelle.

Les paroles de Peter au sujet du bain froid peuvent donc s'adresser et plus heureusement encore au drap mouillé : « il relève les déprimés et calme les agités », réunissant ainsi les propriétés sédatives et stimulantes du bain tiède et du bain froid.

V. — *Action sur la température.*

Le but principal de l'enveloppement froid n'est pas, comme on serait porté à le croire, d'abaisser la température. S'il est utile en effet de combattre l'hyperthermie dans la fièvre typhoïde, où son influence prolongée peut amener un état grave, ce danger n'est pas à redouter dans la pneumonie. La gravité de cette dernière affection n'est du reste pas toujours en raison de l'élévation de la température.

C'est donc un rôle secondaire que remplit ainsi le drap mouillé. Il diminue la fièvre, cela est certain, et le thermomètre en fait foi. La soustraction directe de calorique pendant l'application, et l'évaporation de la sueur pendant les heures consécutives, assurent au malade, d'après M. Rendu, un abaissement de température moins prononcé peut-être, mais plus durable que celui qu'on obtiendrait par le bain froid. Ce résultat favorable contribue évidemment au bien-être éprouvé par les malades.

Mais ce que nous demandons avant tout au drap mouillé c'est son action tonique sur le cœur et le système nerveux, c'est l'action favorable qu'il exerce sur l'état général par l'augmentation des sécrétions.

CHAPITRE IV

Indications et contre-indications du drap mouillé.

La pneumonie est regardée, de nos jours, comme une maladie infectieuse générale à localisation pulmonaire. Son agent pathogène est disséminé dans tout l'organisme, à tel point que les symptômes généraux empruntent à cette généralisation une partie de leurs caractères, et dans bien des cas, sont plus marqués que ceux qui dépendent de la lésion pulmonaire.

Nous savons, d'autre part, que nous ne pouvons rien ou presque rien sur le processus anatomique ; notre rôle se bornera donc à fournir à l'organisme des moyens de défense contre l'infection. Nous devons traiter la pneumonie comme une maladie générale infectieuse, et n'accorder une attention particulière aux lésions pulmonaires que lorsqu'elles produisent d'une façon toute mécanique du reste, des désordres trop étendus, du côté de la respiration et de la circulation.

C'est l'état général des malades, qui doit avant tout guider le clinicien dans le choix et la direction du traitement, et c'est là que nous trouverons les vraies indications de l'enveloppement dans le drap mouillé.

Tout d'abord, le thermomètre sera pour nous un guide assez fidèle. L'hyperthermie n'est pas toujours, il est vrai, l'indice de gravité de la maladie, et cependant, dans la plupart des cas, elle est en rapport avec le degré d'infection de l'organisme. En préconisant le drap mouillé dès que la température atteint et dépasse 39°, ce n'est pas tant contre la fièvre que nous voulons l'employer, que dans le but de soutenir le malade et de l'aider dans la lutte engagée contre l'infection. Et malgré tout, la température qui peut s'élever légèrement après l'application, ne tarde pas à descendre de plusieurs dixièmes de degré, pour se maintenir quelques heures au moins à ce niveau, grâce à l'abondante transpiration qui suit l'enveloppement. Il en résulte pour le malade un soulagement considérable, un sentiment de bien-être qu'il sait apprécier.

C'est encore pour soulager le malade, en favorisant l'expectoration et en calmant la dyspnée, que le drap mouillé peut rendre des services, même dans les cas où l'état général ne semble pas nécessiter son emploi. C'est pour éviter au patient les phénomènes douloureux, la sensation pénible et angoissante qu'on rencontre le plus souvent, même dans les pneumonies les plus bénignes, que plusieurs cliniciens, entre autres, M Rendu et M. Siredey enveloppent leurs pneumoniques d'une façon presque systématique.

Mais il est d'autres cas, où la méthode trouve des indications plus pressantes et peut rendre de grands services. C'est lorsque l'état général du malade révèle une infection profonde, contre laquelle l'organisme épuise

ses efforts et paraît devoir succomber dans la lutte.

Le drap mouillé est particulièrement indiqué dans les formes ataxo-adynamiques de la pneumonie. Chez ces malades, la fièvre est plus ou moins intense, sans être toutefois en rapport direct avec la gravité de l'affection. Le pouls est petit, rapide, inégal, trahissant une défaillance du myocarde, ou au contraire il est plein, dur et vibrant, les battements du cœur sont violents, la dyspnée est intense, tout ce cortège révélant l'énervement cardiaque. Dans ces cas, le système nerveux réagit d'une façon anormale par du délire, de l'agitation, parfois des convulsions, ou bien il semble déprimé, laissant le malade en proie à l'abattement, à la torpeur, parfois même à un état typhoïde, signes d'une profonde intoxication.

L'enveloppement dans le drap mouillé interviendra, dans ces circonstances et souvent avec avantage et succès. Il favorisera l'élimination des toxines par le filtre rénal et la peau assurant ainsi la dépuration de l'organisme ; il facilitera la circulation périphérique, et décongestionnant les organes internes, il allégera le travail du cœur ; enfin, suivant les cas, il constituera un puissant sédatif ou un stimulant énergique du système nerveux : le froid relève les déprimés et calme les agités, a dit Peter.

Mais n'y a-t-il pas de contre-indications à l'emploi du drap mouillé ? Les auteurs qui ont étudié son action s'accordent à reconnaître qu'elles sont peu nombreuses, à l'inverse de ce qui se passe avec le bain froid, dont l'action est plus intense, mais plus dange-

reuse ; et c'est ce qui fait de cette méthode une ressource précieuse qu'on peut utiliser dans presque tous les cas.

Le bain froid est dangereux chez les cardiaques et chez les brightiques. L'immersion dans l'eau froide provoque un choc trop énergique et peut être l'occasion d'une syncope chez les sujets atteints d'une lésion valvulaire mal compensée et surtout d'une dégénérescence du myocarde. Les brightiques qui sont souvent des athéromateux sont exposés par l'emploi du bain froid à des ruptures vasculaires et à l'hémorrhagie cérébrale.

On ne saurait non plus tirer grand profit de la balnéation froide chez les vieillards qui réagissent mal et dont le système circulatoire et les reins sont souvent défectueux.

Enfin l'afflux de sang que produit dans la poitrine l'action brusque et prolongée du froid périphérique causée par le bain, peut amener l'asphyxie quand les lésions pulmonaires sont très étendues.

Le danger est moindre chez les enfants, qui sont généralement indemnes des tares et des lésions que nous venons de signaler. Aussi l'emploi presque systématique des bains froids chez les jeunes sujets, n'expose pas aux accidents terribles qu'il peut occasionner chez l'adulte.

Les indications du drap mouillé sont beaucoup plus nombreuses ; son action réfrigérante immédiate est moins énergique et moins prolongée, et la réaction qui la suit ne manque pour ainsi dire jamais.

Aussi, comme le dit M. Rendu, on peut envelopper des vieillards, des athéromateux, des brightiques ; on

peut prescrire le drap mouillé dans des pneumonies étendues et mêmes doubles. On trouvera dans ce travail de nombreuses observations, prouvant l'innocuité et les précieux avantages de cette méthode qui correspond également aux cas hyperthermiques et infectieux, inflammatoires ou toxiques (Rendu). Qu'il s'agisse de tuberculeux, de cardiaques, d'albuminuriques, le drap mouillé ne provoque pas d'accidents.

Il est cependant une contre-indication à l'enveloppement, et ce serait la seule, d'après M. Rendu, c'est le collapsus avec algidité, qui empêche le malade de faire sa réaction.

Si l'on veut bien reconnaître maintenant, que la méthode est d'application facile, qu'elle ne nécessite pas l'usage d'un matériel compliqué et qu'on n'a pas toujours sous la main, enfin qu'elle répugne moins aux malades que le bain froid, et qu'à l'aide de quelques subterfuges, il est presque toujours facile de la faire accepter, on conviendra que l'enveloppement dans le drap mouillé constitue un des plus précieux moyens auxquels on puisse recourir.

On ne négligera pas d'employer concurrement quelques moyens adjuvants ; c'est ainsi que les ventouses pourront aider à atténuer la dyspnée, la digitale ou mieux la caféïne et la spartéïne en injections hypodermiques contribueront à soutenir le cœur. Les boissons abondantes et légèrement alcoolisées activeront la diurèse. Enfin l'acétate d'ammoniaque, l'huile camphrée, les injections de sérum seront d'un utile usage comme toniques et stimulants du système nerveux.

TROISIÈME PARTIE

Observations.

	Nom	Sexe	Age	Profession.	Antécédents.	Alcoolisme.	Début de la maladie	Entrée à l'hôpital.	Siège des lésions.	Nature de la maladie.	Evolution. Particularités et complications.	Terminaisons.	Traitement.	Autopsie.
1	R	M	30	Chauffeur.	.....	Alcoolique.	27 janvier 1896.	28 janvier.	Foyer à la base droite.	Pneum. franche.	T. 40°-40°6. Pouls 120-140. Délire éthylique.	*Guérison.* Défervescence du 2 au 4 fév. Sortie 3 mars 1896.	6 enveloppements. Todd. Acétate d'ammoniaque.	
2	G	M	51	Ebéniste.	.....	Alcoolique.	17 février 1896.	21 février.	Foyer au sommet gauche.	Pneumonie.	T. 39°5-40°2. Pouls inégal, 125. Albuminurie. Délire éthylique. Endocardite.	*Guérison.* Déf. du 27 fév. au 5 mars. Sortie le 28 mars Lésion aortique double.	5 enveloppements. Digitale.	
3	R	M	65	Ebéniste.	Scoliose. Artério-sclérose.	.....	7 février 1896 (lent).	22 février.	Foyer 1/3 moyen droit. Bronchite à gauche.	Pneumonie.	T. 39° 8. Abattement. Pouls petit, fréquent. Vomissements bilieux.	*Mort.* 25 févr. 1896.	2 enveloppements. Ventouses. Todd. Caféine. Ether.	
4	O	M	46	Jardinier.	.....	.....	18 janvier 1896 (lent).	2 février.	Foyer à droite.	Pneumonie.	T. 40°-40°8. Albuminurie.	*Guérison.* Déferv. du 8 au 10 fév. Sortie 22 fév.	6 enveloppements.	
5	G	M	27	Voyageur-forain.	.....	.....	9 avril 1896 brusque.	11 avril.	Foyer à droite partie moyenne et sommet.	Pneum. franche.	T. 39°9-40°6. Traces d'albumine.	*Guérison.* Déf. en lysis du 16 au 23 avril. Sortie 26 avril.	6 enveloppements.	
6	R	M	27	Imprimeur.	.....	.....	8 avril 1896 brusque.	13 avril.	Foyer à la base gauche.	Pneum. franche.	T. 39°5-40°1.	*Guérison.* Déferv. le 17 avril. Sortie 2 mai.	8 enveloppements.	
7	P	M	76	.....	.....	.....	6 février 1897	10 février 1897.	Foyer à la base droite.	Pneum. franche.	T. 39°3-40°2. Pouls petit.	*Guérison.* Déferv. du 13 au 14 fév. Sortie 27 fév.	6 enveloppements. Todd. Spartéine.	
8	M	F	45	Ménagère.	.....	.....	15 avril 1897	18 avril.	Foyer très étendu à gauche. Epanchement à gauche.	Pleuro-pneumonie.	T. 39°-40°2. Pouls très petit fréquent. Dyspnée intense. Délire. Ponction : 500 gr. de liq. louche (staphyl. strept. et surt. pneum).	*Mort brusque.* Le 22 avril.	3 enveloppements. Caféine. Ether. Huile camphrée.	N'a pas été faite.

	Nom	Sexe	Age	Profession.	Antécédents.	Alcoolisme.	Début de la maladie.	Entrée à l'hôpital.	Siège des lésions.	Nature de la maladie.	Evolution Particularités et complications.	Terminaisons.	Traitement.	Autopsie.
9	M	F	39	Ménagère.	5e grossesse à terme.	.....	18 avril 1898	19 avril.	Foyer à la base ganche.	Pneum. franche.	T. 39°. R. 50. P. 132. Adynamie. Accouch. le 23 avril d'un enfant vivant de 3030 gram.	*Guérison.* Déferv. 27 avril. Sortie 11 juin.	9 enveloppements. Ventouses, caféine. Ether.	
10	D	F	51	Domestique.	.....	.....	19 novembre 1896 lent.	27 novembre.	Foyer à gauche. Bronchite généralisée.	Broncho-pneumonie grippale.	Traces d'albumine.	*Guérison.* Phlébite du 20 déc. 1896 au 30 janv. 1897. Sortie 1er mars.	4 enveloppements. Todd, café, spartéine.	
11	C	F	49	Couturière.	Nuls.	.....	23 février 1897 brusque	28 février.	Foyer au sommet gauche.	Pneumonie franche.	Ictère.	*Guérison.* Déferv. le 6 mars. Les jours suivants délire maniaque puis calme.	10 enveloppements.	
12	B	F	40	Domestique.	Grippe depuis plusieurs semaines.	.....	14 mai 1897 (frissons et point de côté)	15 mai.	Foyer à gauche. Bronchite généralisée.	Broncho-pneumonie grippale.	Albuminurie.	*Guérison.* Déferv. le 8 mai. Sortie 31 mai.	3 enveloppements.	
13	A	F	26	Journalière.	.....	.....	8 juillet 1897 brusque.	10 juillet.	Foyer à gauche. Épanchement à gauche.	Pleuro-pneumonie.	Aspect typhoïde.	*Guérison.* Déferv. le 13 juillet. Sortie 23 juillet.	4 enveloppements. Todd. Spartéine. Café.	
14	C	F	47	Ménagère.	Toussait depuis plusieurs jours	.....	14 janv. 1898 brusque.	16 janvier.	Foyer à la base gauche. Bronchite généralisée.	Broncho-pneumonie grippale.	Traces d'albumine. Subdélire.	*Guérison.* Déferv. le 20 janv. Sortie le 7 février.	7 enveloppements. Todd. Spartéine. Café.	
15	B	F	38	Blanchisseuse.	.....	Alcoolique.	6 janv. 1898 brusque.	10 janvier.	Foyer occupant tout le poumon gauche.	Pneumonie franche.	T. 40°3. Délire violent. Albuminurie abondante.	*Guérison.* Déferv. le 21 janv. Poussée fébrile du 25 fév. au 2 mars. Déf. défin. le 3 mars.	16 enveloppements. Todd.	
16	C	F	38	Ménagère.	Enceinte de 6 mois et demi.	.....	13 avril 1898 lent.	21 avril.	Foyer à droite. Bronchite généralisee.	Broncho-pneumonie grippale.	Albuminurie. Fausse couche le 29 avril.	*Guérison.* Sort le 17 juin.	14 enveloppements. Ventouses spartéine Huile camphrée, caféine, sérum (300 gr.).	
17	V	M	53	Garçon de magasin,	.....	.....	24 janv. 1897 lent.	27 janvier.	Foyer aux 2/3 inférieurs du poumon droit. Bronchite général.	Broncho-pneumonie grippale.	T. 39°5.	*Guérison.* Déferv. complète le 5 février.	9 enveloppements. Spartéine. Todd. Café. Ventouses.	
18	T	M	45	Polisseur sur métaux.	Rhum. fébrile poly-artic. en 1892.	.....	4 mai 1897	7 mai 1897.	Foyers aux 2 sommets. Bronchite général.	Broncho-pneumonie grippale.	T. 39°9.	*Guérison.* Déferv. lente du 11 mai.	3 enveloppements.	

	Nom	Sexe	Age	Profession.	Antécédents.	Alcoolisme.	Début de la maladie.	Entrée à l'hôpital.	Siège des lésions.	Nature de la maladie.	Evolution. Particularités et complications.	Terminaison.	Traitement.	Autopsie.
19	V	M	26	Charbonnier.	.....	.....	7 mai 1897.	10 mai 1897.	Râles crépitants disséminés. Foyer au sommet gauche. Congestion simple à droite.	Broncho-pneumonie grippale.	.....	*Guérison.* Déferv. du 13 au 17 mai. Sort le 28 mai.	11 enveloppements. Todd. Caféine.	
20	A	M	51	Emballeur.	.....	.....	20 mai 1897 brusque.	24 mai 1897.	Foyer à la base gauche. Congestion à droite.	Broncho-pneumonie grippale.	T. 39°2-40°.	*Guérison.* Déferv. le 28 mai. Sortie 11 juin.	8 enveloppements.	
21	L	M	37	Carrier.	.....	.....	18 juin 1897 brusque.	22 juin 1897.	Foyer au sommet droit.	Pneumonie du sommet.	.....	*Guérison.* Déferv. le 24 juin.	4 enveloppements. Todd. Spartéine. Café. Ventouses.	
22	C	M	52	Ebéniste.	.....	.....	15 juillet 1897 brusque.	19 juillet.	Foyer à la base gauche.	Pneumonie franche.	T. 39°4-40°. P. 100. Langue rôtie. Albuminurie.	*Guérison.* Déferv. le 24 juillet.	8 enveloppements.	
23	G	M	24	Cocher.	.....	.....	10 oct. 1897 brusque.	13 octobre.	Foyer au sommet droit.	Pneumonie du sommet.	Léger épanchement à droite.	*Guérison.* Déferv. le 15 octob.	2 enveloppements. Todd. Café. Spartéine.	
24	B	M	56	Couvreur.	.....	.....	20 octobre 1897.	26 octobre.	.....	Broncho-pneum. grippale.	.....	*Guérison.* Déferv. le 29 octobre sort le 13 novembre.	3 enveloppements.	
25	D	M	42	Boulanger.	.....	.....	brusque.	26 janvier. 1898.	Foyer au sommet gauche.	Pneumonie du sommet.	Etat général très mauvais. Pouls fréquent, filiforme. Langue rôtie. T. 40°8. P. 128. Signes fonction. très intenses.	*Mort.* Le 30 janvier.	8 enveloppements. Sérum (300 gr.)	N'a pas été faite.
26	C	M	37	.....	Toussait depuis un an.	.....	10 mars 1898.	10 mars 1898.	Foyer occupant les 2/3 supér. à droite. Bronchite généralisée.	Broncho-pneum.	Mauvais état général. Dyspnée très intense.	*Mort.* Le 13 mars 1898.	4 enveloppements. Inject. sous-cutanées et intraveineuses de sérum. Huile camphrée. Todd. Spartéine. Oxygène.	A droite. Poumon entièrement hépatisé. Reliquats d'ancienne pleurésie interlobaire. Adhérences, plèvre calcifiée. A gauche. Epanchement pleural purulent. 150 gr. Fausses membranes.

	Nom	Sexe	Age	Profession.	Antécédents.	Alcoolisme.	Début de la maladie.	Entrée à l'hôpital.	Siège des lésions.	Nature de la maladie.	Evolution. Particularités et complications.	Terminaison.	Traitement.	Autopsie.
27	B	M	39	Journalier.	Pneumonie à 22 ans.	.....	8 mars 1898. (lent).	17 mars 1898.	Foyer au sommet gauche.	Pneum. grippale.	T. 40°-40°5.	*Guérison.* Déferv. du 19 au 21 mars.	5 enveloppements. Huile camphrée. Caféine. Ventouses sèches.	
28	L	M	39	Cocher.	.....	Alcoolique.	11 avril 1898.	17 avril 1898.	Foyer au sommet droit. Bronchite généralisée.	Broncho-pneum.	T. 39°7. Pouls 100. Albumnurie.	*Guérison.* Déferv. le 18 avril.	2enveloppements.	
29	H	M	38	Terrassier.	.....	.....	25 avril 1898, brusque.	3 mai.	Foyer occupant presque tout le poumon gauche.	Pneum. franche.	T. 40°.	*Guérison.* Déferv. le 3 mai. Sortie 21 mai.	1 enveloppement. Caféine, huile camphrée.	
30	G	M	35	Balcinier.	.....	.....	21 mai 1898. brusque.	25 mai.	Foyer à la base droite.	Pneum. franche.	T. 40°.	*Guérison.* Déferv. du 26 au 27 mai. Sortie le 2 juin.	1 enveloppement.	
31	R	M	42	Cordonnier.	.....	.....	26 mai 1898. brusque.	29 mai.	Foyer à la base droite.	Pneum. franche.	T. 39°5.	*Guérison.* Déferv. le 4 juin. Sortie le 9 juin.	4enveloppements.	
32	L	F	56	Couturier.	.....	.....	8janvier 1898.	15 janvier.	Foyer au 1/3 moyen du poumon droit.	Pneum. franche.	T. 39°5. Herpès. Traces d'albumine.	*Guérison.* Déferv. le 16 janv.	1 enveloppement.	
33	B	E	19	Domestique.	.....	.....	16 août 1898. brusque.	18 août.	Foyer au sommet gauche.	Pneum. franche.	T. 41°.	*Guérison.* Déferv. le 22 août. Sortie le 3 septembre.	7enveloppements. Ventouses sèches et scarifiées.	
34	C	F	52	Marchande de vins.	Péritonite à 21 ans.	.....	8 août 1898. lent.	16 août.	Foyer au 1/3 moyen droit. Bronchite généralisée.	Broncho-pneum.	Etat général grave.	*Guérison.* Déferv. le 26 août. Le 2 sept. écoulement vaginal, métrite, pansements simples, guérison rapide.	4 enveloppements.	
35	T	F	40	.....	.....	.....	5 octobre 98 dyspnée vomissements.	8 octobre.	Foyer à la base droite. Congestion à la base gauche.	Pneumonie.	Etat typhique. T. 40°. Albuminurie. Pneumonie seulement découverte le 9 octobre au soir. Mort le 10 au matin.	*Mort.* Le 10 octobre.	2 enveloppements.	Hépatisation du lobe inférieur du poumon droit. Congestion à la base gauche. Traces de péritonite plastique. Anses intestinales adhérentes. Induration des sigmoïdes aortiques.

	Nom	Sexe	Age	Profession	Antécédents	Alcoolisme	Début de la maladie	Entrée à l'hôpital	Siège des lésions	Nature de la maladie	Evolution. Particularités et complications	Terminaison	Traitement.	Autopsie
36	S	F	29	.....	Enceinte de 5 mois et 1/2.	.....	Lent.	7 octobre 98.	Foyer à la base gauche. Bronchite généralisée.	Broncho-pneumonie.	T. 39°8. Herpès. Albuminurie.	*Guérison.* Déferv. le 13 octobre. Grossesse suit son cours. Sortie 29 octobre.	10 enveloppements. Caféïne. Huile camphrée. Ventouses scarifiées.	
37	T	F	60	.....	.....	.....	5 novembre 98 insidieux.	12 novembre.	Foyer occupant tout le poumon gauche. Bronchite à droite.	Broncho-pneumonie.	T. 38°8, 39°2. Pouls petit. Anurie.	*Mort.* Le 14 novembre au matin.	1 enveloppement suivi d'amélioration. Ether. Caféine. Huile camphrée.	
38	L	F	20	Domestique.	.....	.....	14 février 99.	16 février.	Foyer au 1/3 moyen gauche. Bronchite généralisée.	Broncho-pneumonie grippale.	Albuminurie abondante. Vomissements. T. 39°, 39°5.	*Guérison.* Déferv. du 20 au 22 février. Sortie 27 février.	Enveloppements.	
39	B	F	21	.....	Scarlatine à 18 ans.	.....	2 mars 99 brusque après quelques jours de bronchite.	4 mars 99.	Foyer à droite. Quelques râles de bronchite.	Pneumonie franche.	Sub-délire. Céphalalgie. Vomissements. Diarrhée. T. 40°6. P. 112.	*Guérison.* Déferv. du 7 au 9 mars.	Enveloppements. Ventouses scarifiées	
40	L	F	60	.....	.....	.....	.....	29 mars 99.	Foyer à droite.	Pneumonie franche.	T. 40°. Etat comateux.	*Mort.* Le 31 mars.	Enveloppements. Huile camphrée. Ether.	N'a pas été faite.
41	M	F	63	.....	4 enfants dont 3 morts à 1 an croup, méningite.	.....	Insid eux.	30 mars 99.	Foyer au 1/3 moyen gauche. Râles sous-crépitants disséminés.	Broncho-pneumonie grippale.	T. 38°. 41°4. Ictère. Vomissements.	*Guérison.* Déferv. définitive le 3 avril. Sortie le 20 avril.	5 enveloppements.	
42	F	F	30	Emailleuse.	Enceinte de 7 mois.	.....	1er avril 99 brusque.	8 avril 99.	Foyer à gauche.	Pneumonie franche.	Vomissements.	*Guérison.*	Enveloppements.	
43	M	F	76	.....	.....	.....	18 mars 99 brusque	13 janvier.	Foyer à droite. Râles crépitants disséminés.	Pneumonie franche.	Dyspnée très intense. Défervescence le 25 mars. Rechute le 6 avril 40°, 36°, 38°. Abattement.	*Mort.* Le 10 avril.	Enveloppements. Caféïne. Huile camphrée.	N'a pas été faite.
44	G	F	34	Doreuse.	Anémie et névralgies depuis 1894.	.....	5 avril 99 brusque.	10 avril.	Foyer à la base gauche.	Pneumonie franche.	T. 41°. Albumine. Défervesc. le 12 avril. Le 13 avril 40° et nouveau foyer à droite.	*Guérison.* Défervesc. définitive du 17 au 18 avril. Albumine a disparu.	14 enveloppements.	

	Nom	Sexe	Age	Profession.	Antécédents.	Alcoolisme.	Début de la maladie.	Entrée à l'hôpital.	Siège des lésions.	Nature de la maladie.	Evolution Particularités et complications.	Terminaison.	Traitement	Autopsie.
45	G	F	65	Couturière.	.....	.....	28 juin 99 lent. 2 juillet pneumonie.	2 juillet.	Foyer à droite.	Peumonie.	Dyspnée très intense.	*Guérison.* Déferv. du 7 au 8 juillet. Sortie le 28 juillet.	Enveloppement.	
46	N	F	32	Ménagère.	.....	.....	19 août 99 brusque.	3 septembre.	Foyer à gauche.	Pneumonie franche.	T. 39°,5.	*Guérison.* Déferv. le 5 sept.	1 enveloppement.	
47	B	F	62	Marchande des 4 saisons.	.....	.....	1er octobre 99 traînant.	24 décembre.	Foyers bilatéraux. Râles de bronchite disséminés.	Broncho-pneumon.	T. 40°,3.	*Mort* le 25 décembre.	1 enveloppement suivi d'une chute de température (38°).	N'a pas été faite.
48	B	F	71	.....	.....	.....	Novembre 99 lent.	19 janv. 1900.	Foyer au sommet droit. Bronchite généralisée.	Broncho-pneumon.	T. 40°-38°. P. 110. Abattement. Torpeur.	*Mort* le 21 janvier.	Enveloppements.	N'a pas été faite.
49	V	F	33	.....	5 enfants dont 2 morts et 1 cardiaq. Rhum. art. aigu en 1890; 1898. Insuffi. mit.	.....	30 janvier 1900.	6 janv. 1900 pour asystolie.	Foyer à droite. Bronchite généralisée.	Broncho-pneumon. chez une mitrale.	Asystolie, amélioration jusqu'au 20 janvier. Le 30, fièvre et signes de broncho-pneumonie. Asystolie finale.	*Mort* le 4 février.	Enveloppements. Sérum. Caféine. Huile camphrée.	N'a pas été faite.
50	D	F	18	.. ..	.....	.....	23 décembre 99 lent.	28 décembre.	Foyer à droite. Bronchite généralisée.	Broncho-pneumon. grippale.	T. 39°.	*Guérison* rapide. Sortie 5 janvier.	Enveloppements.	
51	M	F	64	Domestique.	Grippe en 1897. Fluxion de poitrine en 1899.	.....	8 février 1900 lent.	16 février.	Foyer à droite. Congestion des 2 bases. Bronchite généralisée.	Broncho-pneumon. grippale.	Herpès. Oligurie. Pouls petit 107. T. 38°-39°,4.	*Mort* le 21 février.	Enveloppements.	N'a pas été faite.
52	F	F	57	Ménagère.	Anémie. Typhoïde à l'âge de 7 ans.	.....	16 février 1900 brusque. Lypothymies	17 février.	Bronchite généralisée. Petits foyers disséminés.	Broncho-pneum.	Crachats sanguinolents.	*Guérison.* Déferv. le 19 fév.	2 enveloppements.	
53	D	F	58	Concierge.	Hémiplégie droite le 6 nov. 1899.	.....	1er février 1900.	6 nov. 99.	Bronchite généralis. Foyers multiples surtout à la base droite.	Broncho-pneum.	T. 39°-40°. Faiblesse du pouls.	*Guérison.* Déferv. du 8 au 10 février.	14 enveloppements. Huile camphrée.	
54	P	F	59	Ménagère.	Typhoïde à 20 ans. Scoliose droite. 6 enf. morts de ménin g.	.....	30 janvier 1900 brusque.	2 février.	Foyers à la base droite et au 1/3 moyen gauche.	Pneumonie double.	Vomissements. T. 39°,3. Pouls 110.	*Guérison.* Fausse déferv. le 4 février. Déferv. définle 7 fevrier.	Enveloppements.	

	Nom	Sexe	Age	Profession.	Antécédents.	Alcoolisme.	Début de la maladie.	Entrée à l'hôpital.	Siège des lésions.	Nature de la maladie.	Evolution. Particularités et complications.	Terminaisons.	Traitement.	Autopsie.
55	B	F	41	Ménagère.	Un enfant mort de méningite.	.....	13 février 1900.	19 février.	Foyer à la base droite.	Pneumonie franche.	T. 39°-39°,8. P. 100-104.	*Guérison.* Défervescence complète le 21 févr. Quitte le service guérie le 28 fév.	Enveloppements.	
55 *bis*	B	F	41	Ménagère.	idem.	.....	.....	Rentre le 3 avril.	Foyer à gauche et à droite.	Pneumonie.	.....	*Mort* le 4 avril.	Enveloppements.	Epanchem. pleurét. et péricardique. Quelques fausses membranes sur les plèvres. Les 2 poum. sont congestionnés. Hépatisation du lobe supér. du poum. gauche et de la p. moy. du poum. droit.
56	C	F	31	Plumassière.	Opérée d'une appendicite le 17 janv. 1900.	.....	22 janv. 1900. Brusque.	25 janvier.	Foyer à la base droite	Pneumonie franche.	T. 39°,5. P. 120.	*Guérison.* Déferv. le 4 février.	Enveloppements. Ventouses.	
57	D	F	43	Journalière.	.....	.....	21 février 1900. Brusque.	23 février.	Foyer à la base droite	Pneumonie.	.....	*Guérison.* Déferv. du 24 au 25 février.	2 enveloppements.	
58	A	F	42	.....	.....	.....	Lent.	31 déc. 99.	Foyer à la base droite	Pneumonie.	T. 40°. Pouls 120.	*Guérison.* Déferv. le 10 janvier. Convalescence longue. Sort. le 10 février.	15 enveloppements.	
59	B	F	47	.....	.....	.....	18 mars 1900. Brusque.	23 mars.	Foyer 1/3 moyen droit.	Pneumonie franche.	T. 40°,2-39°,2.	*Guérison.* Déferv. du 25-26 mars.	4 enveloppements.	
60	M	F	23	Journalière.	.....	.....	8 avril 1900, Brusque.	12 avril.	Foyer au sommet droit.	Pneumonie du sommet.	T. 40°. P. 120.	*Guérison.* Déferv. le 14 avril. Légère albuminurie qui cède rapidement au régime lacté. Sortie le 26 avril.	Enveloppements.	
61	F	M	48	Marbrier.	.....	.....	24 février 97. Grippe.	27 février.	Foyer à la base gauche. Bronchite généralisée très intense.	Broncho-pneumonie grippale.	T. 38°,8-39°,8. Expectoration très abondante striée de sang.	*Mort* brusquement le 1er mars dans un accès de dyspnée.	Enveloppements. Ventouses sèches. Todd. Terpine.	Broncho-pneumonie avec quelques foyers de suppur. Hépatisation de tout le poum. gauche.

	Nom	Sexe	Age	Profession.	Antécédents.	Alcoolisme.	Début de la maladie.	Entrée à l'hôpital.	Siège des lésions.	Nature de la maladie.	Evolution. Particularités et complications.	Terminaisons.	Traitement.	Autopsie.
62	M	M	22	Employé.	.....	.....	18 avril 97.	25 avril.	Bronchite généralisée. Foyers aux 2 sommets.	Broncho-pneumonie grippale.	T. 40°,8-38. Dyspnée intense. Cyanose.	*Guérison.* Déferv. le 30 avril.	Enveloppements. Toniques.	
63	V	M	51	Tourneur.	Zona antérieur. Bronchites tous les hivers.	.....	17 juin 97.	21 juin.	Râles sous-crépitants et souffle dans l'aisselle droite.	Broncho-pneumonie Gangrène pulmonaire.	T. 40°. P. 84. Point de côté très violent. Le 29 juin fétidité des crachats et de l'haleine. Dével. rapide d'une caverne à droite.	*Mort* le 5 juillet.	Enveloppements.	Vaste foyer de gangrène occupant les 2/3 supérieurs du poumon droit. Foyers non sphacélés dans les 2 poumons.
64	L	M	52	Marchand des 4 saisons.	.....	Alcoolique.	19 août 97. Brusque.	24 août,	Foyer à la base gauche.	Pneumonie franche.	.....	*Guérison.* Déferv. du 26 au 27 août. Sort le 11 sept.	Enveloppements.	
65	C	M	16	Sans profession.	.....	.....	Lent.	19 février 98.	Foyers multiples. Epanchement à gauche.	Pleuro-pneumonie grippale.	.....	*Guérison.*	Enveloppements.	
66	C	M	19	Tourneur en cuivre.	.....	.....	14 avril 98.	16 avril.	Foyer à la base droite. Bronchite généralis.	Broncho-pneumonie	T. 40°.	*Guerison.* Déferv. lente. Sortie 24 avril.	Enveloppements.	
67	B	M	18	.....	.....	.....	15 août 1898 brusque.	18 août.	Foyer occupant les 2/3 infér. à droite.	Pneumonie franche.	T. 40°,5.	*Guérison.* Déferv. du 21 au 23 août.	8 enveloppements. Todd, café, spartéine	
68	M	M	25	.....	.....	.....	20 août 1898 brusque.	23 août.	Foyer à la base gauche.	Pneumonie franche.	T. 40°.	*Guérison.* Déferv. du 24 au 28 août.	5 enveloppements.	
69	V	M	40	.....	.....	.....	lent.	29 oct. 1898	Foyer occupant tout le poumon droit. A gauche souffle et râles sous-crép.-	Broncho-pneumonie grippale à forme caséeuse.	T. 40°.	*Guérison.* Déferv. du 1er au 3 novembre. Sortie le 17 nov.	Enveloppements.	
70	M	M	47	Papiers peints.	.....	Alcoolique.	28 oct. 1898 brusque.	7 novembre.	Foyer au sommet droit. Quelques râles de bronch. disséminés.	Pneumonie du sommet.	T. 41°. P. 112. Herpès. Albuminur. Langue rôtie. Delirium tremens.	*Guérison.* Déferv. le 12 nov. Sortie le 29 nov.	8 enveloppements.	
71	V	M	18	.....	.....	.....	1er oct. 1898. lent.	29 octobre.	Foyer à la base gauche. Congestion de la base droite. Bronch. généralisée	Broncho-pneumonie grippale.	.....	*Guérison.* Déferv. et crise polyurique le 1er nov.	Enveloppements.	

	Nom	Sexe	Age	Profession.	Antécédents.	Alcoolisme.	Début de la maladie.	Entrée à l'hôpital.	Siège des lésions.	Nature de la maladie.	Evolution Particularités et complications.	Terminaison.	Traitement	Autopsie
72	P	M	34	Camionneur.	.....	Alcoolique.	21 nov. 1898 brusque.	27 novembre.	Foyer occupant les 2/3 infér. à droite.	Pneumonie franche.	T. 40°,1. P. 120. Herpès. Langue saburrale. Gros foie.	*Guérison.* Déferv. le 30 nov. Sortie le 17 déc.	2 enveloppements.	
73	P	M	41	Mouleur.	.....	.....	19 janv. 1899	24 janvier.	Foyer à la base droite.	Pneumonie grippale	.....	*Guérison.* Déferv. du 27 au 28 janvier.	2 enveloppements.	
74	H	M	52	Cocher.	Arthritique obèse.	Alcoolique.	1er févr. 1899 lent.	9 février.	Bronch. généralisée. Foyers base gauche, sommet droit.	Broncho-pneumonie grippale.	Dyspnée intense. Cyanose. T. 39°,8.	*Guérison.* Déferv. le 15 fév. Sortie le 25 février.	Enveloppements.	
75	P	M	54	Terrassier.	.....	Alcoolique.	.....	26 févr. 1899	Foyer occupant tout le poumon droit.	Pneumonie.	Dyspnée intense. Sub-délire. T. 39°,4. Albuminurie abondante.	*Mort.* Le 28 février.	Enveloppements. Todd.	Hépatisation de la 1/2 supérieure du poumon droit.
76	G	M	47	Marinier.	Bacillose légère et guérie.	Alcoolique.	23 févr. 1899	13 février.	Foyer occupant tout le poumon gauche.	Pneumonie franche.	T. 39°, 40°,3. Vomissements. Diarrhée. Albuminurie.	*Mort.* Le 2 mars.	Enveloppements.	Gros foyer occupant tout le poumon gauche.
77	M	M	54	Terrassier.	.....	.....	14 mars 1899 brusque.	17 mars.	Foyer au sommet gauche.	Pneumonie du sommet.	T. 39°,8. Pouls dicrote.	*Guérison.* Déferv. du 21 au 22 mars. Sortie le 29 mars.	Enveloppements.	
78	M	M	20	Couvreur.	.....	.....	6 mars 1899 insidieux.	16 mars.	Foyer à la base gauche.	Pneumonie grippale	T. 39°,7, 40°,7.	*Guérison.* Déferv. du 22 au 25 mars. Sortie le 31 mars.	8 enveloppements.	
79	T	M	33	Grainetier.	.....	.....	12 mars 1899	15 mars.	Foyer occupant tout le poumon droit.	Pneumonie grippale	T. 39°,3, 41°,1.	*Guérison.* Déferv. du 17 au 18 mars.	Enveloppements.	
80	A	M	42	Employé de chemin de fer.	.....	Alcoolique.	30 mars 1899 brusque.	1er avril.	Foyer occupant les 2/3 infér. du poumon droit. Râles à gauche et au sommet droit.	Pneumonie franche.	T. 39°5-40°4 P. 110-132 Vomissements bilieux.	*Mort.* 5 avril.	Enveloppements.	Tout le poumon droit en hépatisation grise. Adhérences de la plèvre médiastine droite. Poumon gauche fortement congestionné. Cœur 720 grammes. Foie scléreux 2250 grammes.

	Nom	Sexe	Age	Profession.	Antécédents	Alcoolisme.	Début de la maladie.	Entrée à l'hôpital.	Siège des lésions	Nature de la maladie	Evolution. Particularités. et complications	Terminaison	Traitement	Autopsie.
81	M	M	26	Garçon boucher.	.....	Alcoolique.	27 mars 1899 Grippe.	4 avril.	Foyers à la base droite et à gauche. Bronch. généralisée.	Pneumonie grippale.	T. 39°8-41°3 P. 108	*Mort.* le 8 avril.	Enveloppements.	Pleurésie à droite. Foyer de pneumonie à droite. 3 ou 4 petits foyers de broncho-pneumonie au sommet du p. gauche. Foie sclérosé.
82	L	M	53	Terrassier.	.....	.....	28 mars 1899 brusque.	31 mars.	Gros foyer au sommet droit. Râles disséminés à droite.	Pneumonie grippale.	T. 38°-40°1 P. 100.	*Guérison.* Déferv. le 6 avril.	Enveloppements.	
83	C	M	28	Tonnelier.	.....	Alcoolique.	22 mars 1899 brusque.	29 mars.	Foyer à la base gauche. Râles disséminés à droite.	Pneumonie grippale.	T. 39°8-41° P. 120. Langue sale Vomissements bilieux. Gros foie.	*Guérison.* Déferv. le 3 avril. Sortie le 14 avril.	Enveloppements.	
84	C	M	41	Ciseleur.	.....	Alcoolique.	2 avril 1899	13 avril.	A droite congestion et signes de pneumonie en résolution. A gauche foyer à la base.	Pneumonie grippale.	T. 39°8-R. 50 Pouls petit 130. Faciès grippé, yeux excavés. Amaigrissement, météorisme. Foie et rate hypertrophiés. Crachats jus de pruneaux.	*Mort.* le 17 avril.	Enveloppements. sérum.	Poumon gauche hépatisé en bloc avec foyers de ramollissement. Poumon droit congestionné. Foie cirrhotique 3 kg. Rate 480 grammes.
85	H	M	28	Garçon de magasin.	.....	.....	30 mars 1899	1er avril.	Foyer au 1/3 moyen à droite.	Pneumonie grippale.	Faciès grippé. T. 39°-40° Pouls petit, irrégulier, 140 un peu d'albumine. Délire.	*Guérison.* Déferv. du 6 au 9 avril.	Enveloppements.	
86	M	M	73	Journalier.	.....	.....	23 avril 1899	27 avril.	Foyer à la base gauche. Foyer occupant tout le poumon droit.	Pneumonie franche double.	T. 39°2-40°4.	*Mort* le 29 avril.	Enveloppements.	Foyer d'hépatisation rouge dans le poumon gauche et dans le poumon droit surtout au sommet.
87	M	M	54	Journalier.	Paludique. Typhoïde et rhumatisme en 1871. Fluxion de poitrine 1897. Pneumonie. mars 1899.	.....	18 avril 1899	21 avril.	Foyer à la base droite.	Pneumonie franche.	T. 39°-40°7. P. 104. R. 34. Albuminurie abondante.	*Guérison.* Déferv. le 27 avril.	Enveloppements.	

	Nom	Sexe	Age	Profession.	Antécédents.	Alcoolisme.	Début de la maladie.	Entrée à l'hôpital.	Siège des lésions.	Nature de la maladie.	Evolution. Particularités. Complications.	Terminaison.	Traitement.	Autopsie.
88	J	M	39	Musicien.	.....	Alcoolique.	.....	7 mars 1899.	Foyer à gauche puis nouv. foyer à droite. Bronch. généralisée.	Pneumonie grippale.	T. 39°3-40°. Délire alcoolique.	*Guérison.* Déferv. lente 20 av. Sortie 29 avril.	Enveloppements. (7 jours).	
89	D	M	34	Journalier.	.....	Alcoolique.	.....	12 mai 1899.	Foyer au sommet gauche.	Pneumonie du sommet.	T. 40°1. Délirium tremens.	*Mort* le 12 mai à 4 heures	1 enveloppement à 2 heures.	N'a pas été faite.
90	C	M	34	Carrier.	.....	.....	8 mai 1899 brusque.	16 mai.	Foyer au 1/3 moyen à gauche.	Pneumonie franche.	T. 39°5.	*Guérison* Défervescence du 17 au 19 mai.	Enveloppements.	
91	L	M	31	Imprimeur.	Typhoïde à 7 ans. Pneumonie en 1892	.....	10 mai 1899 brusque.	14 mai.	Foyer occupant tout le poumon droit.	Pneumonie franche.	T. 39°9. P. 128-130. Pouls faible. Abattement. Albuminurie.	*Guérison* Déferv. le 15 mai.	Enveloppements.	
92	D	M	20	Cimentier.	Pneumonie en 1897. Depuis bronc. très freq.	.....	22 mai 1899 brusque.	25 mai.	Foyer à droite.	Pneumonie franche.	T. 39°1-40°. Langue sale. Diarrhée.	*Guérison* Déferv. du 30 au 31 mai. Sortie le 7 juin.	Enveloppements.	
93	M	M	29	Horloger.	Coqueluche. Rougeole. Scarlatine. Variole. Rhumatisme. art. aigu.	.....	6 mai 1899	21 mai.	Foyer à la base droite. Bacillose aux deux sommets.	Pneumonie.	T. 40°. P. 104. Traces d'albumine. Subdélire. Légère hypertrophie du foie et de la rate.	*Guérison* Déferv. le 13 juin. Le 16 juin complètement guéri de sa pneum. traité pour tuberculose.	20 enveloppements du 21 mai au 13 juin	
94	B	M	67	Journalier.	Bronchite en 1895.	.....	5 juin 1899 brusque.	10 juin.	Foyer à la base gauche. Quelques râles de bronchite à droite.	Pneumonie franche.	T. 39°5. P. 104.	*Guérison* Déferv. le 11 juin. Sortie le 21 juin.	2 enveloppements.	
95	A	M	53	Tourneur sur bois.	.....	.....	20 juin 1899 brusque.	23 juin.	Foyer occupant tout le poumon droit. Congestion à gauche	Pneumonie franche.	T. 39°5. Dyspn. inten. Crach. muco-purulents.	*Mort* le 24 juin.	2 enveloppements.	N'a pas été faite.
96	L	M	39	Employé de chemin de fer	.....	.....	4 juin 1899 brusque.	8 juin.	Foyer occupant la 1/2 infér. du poumon gauche.	Pneumonie franche.	T. 40°1. Dyspnée intense.	*Guérison* Déferv. le 10 juin. Sortie le 24 juin.	Enveloppements.	
97	P	M	55	Chaudronnier	.....	Alcoolique.	20 juin 1899.	21 juin.	Foyer à la base droite. Bronchite général.	Broncho-pneumonie	T. 40°5. Anurie. Dyspnée intense. Délire.	*Mort* le 24 juin.	3 enveloppements.	N'a pas été faite.
98	L	M	67	Journalier.	.....	.....	20 juin 1899.	5 juillet.	Foyer à la base gauche.	Pneumonie.	T. 39°5. P. 116. Affaiblissement Albuminurie abondante. Dyspnée intense.	*Guérison* Déferv. lente du 10 au 15 juillet. Albumine a disparu le 18. Sortie le 29 juillet.	Enveloppements.	

	Nom	Sexe	Age	Profession.	Antécédents.	Alcoolisme.	Début de la maladie.	entrée à l'hôpital.	Siège des lésions.	Nature de la maladie.	Évolution. Particularités. Complications.	Terminaison	Traitement	Autopsie
99	M	M	42	Chauffeur.	.....	Alcoolique.	.....	16 juil. 1899.	Foyer au sommet droit.	Pneumonie du sommet.	Délire alcoolique. T 40°-41°. P. 132.	*Mort* le 17 juillet.	2 enveloppements le 16. 3 enveloppements le 17.	N'a pas été faite.
100	N	M	18	Homme de peine.	Hystérique	.....	26 juil. 1899.	28 juillet.	Foyer à la base droite.	Pneumonie franche.	T. 40°0 41°. Langue sale. Diarrhée.	*Guérison* Déferves. le 3 août.	Enveloppements.	
101	B	M	48	Argenteur.	.....	Alcoolique. Absinthe.	20 juil. 1899.	1er août.	Foyer 1/2 supér. à droite. Frottements pleuraux au 1/3 inf. à droite.	Pneumonie franche.	T. 39°5.	*Guérison* Déferv. du 3 au 4 août. Sortie le 16 août.	Enveloppements.	
102	S	M	72	.....	.....	.....	18 juillet 1899 lent.	9 août.	Foyer à droite. Bronchite généralisée.	Broncho-pneumonie	T. 39°2-40°5.	*Guérison.* Défervescence du 8 au 11 août. Sortie le 17 août.	Enveloppements.	
103	V	M	23	Garçon de magasin.	.....	.....	15 août 1899 brusque.	20 août.	Foyer à gauche.	Pneumonie franche.	T. 40°5. P. 100. Délire. Agitation.	*Guérison.* Défervescence du 21 au 22 août. Sortie le 2 sept.	1 enveloppement.	
104	O	M	48	Charretier.	.....	Alcoolique.	15 sept. 1899	23 octobre.	Foyer au 1/3 moyen à droite. Bronchite généralisée.	Broncho-pneumonie	T. 39°-39°8. Abattement. P. 112.	*Guérison.* Déferv. le 28 oct.	Enveloppements.	
105	F	M	23	Employé de chemin de fer.	.....	.....	19 nov. 1899 lent.	29 novembre.	Bronchite généralisée plus intense à droite. Foyer à la base droite.	Broncho-pneumonie	T. 40°5. P. 112. Dyspnée violente. Langue sale. Nausées.	*Guérison.* Déferv. du 30 nov. au 14 décembre.	9 enveloppements.	
106	J	M	26	Employé de chemin de fer.	Pneumonie droite en mars 1899.	.....	19 déc. 1899 tousse depuis le 4 décembre.	21 décembre.	Bronchite généralisée. Foyer à la base gauche.	Broncho-pneumonie	T. 39°6. P. 100. Constipation.	*Guérison.* Défervescence du 21 au 24 déc. Sortie le 6 janv. 1900	3 enveloppements. Eau-de-vie allemande.	
107	B	M	50	Journalier.	Rhum. artic. aigu à 18 ans Pleur. droite à 30 ans. Bronchites fréquentes.	....	22 déc. 1899 brusque.	25 décembre.	Bronchite généralisée. Foyer au sommet droit puis nouveau foyer à la base gauche.	Pneumonie double à foyers successifs.	T. 39°8. P. 116. Hémorrhoïdes.	*Guérison*, 1re défervescence du 2 au 17 janvier. 2e déferv. 8 jours après la rechute. Bacillose.	Enveloppements.	
108	S	M	24	Employé de magasin.	.....	.....	.....	28 déc. 1899.	Foyer à droite.	Broncho-pneumonie	T. 38°4-39°6.	*Guérison.* Déferv. le 30 déc. Sortie le 12 janvier.	6 enveloppements.	

	Nom	Sexe	Age	Profession.	Antécédents.	Alcoolisme.	Début de la maladie.	Entrée à l'hôpital.	Siège des lésions.	Nature de la maladie.	Evolution. Particularités. Complications.	Terminaison.	Traitement.	Autopsie
109	M	M	47	Journalier.	Grippe en 1892.	.....	4 déc. 1899.	8 décembre.	Foyer à la base droite.	Pneumonie.	T. 39°. P. 96. Abattement. Dyspnée. Langue sale. Diarrhée. Frottements aux bases.	*Guérison.* Déferv. le 12 déc. lente. Sort le 19 janv. 1900	5 enveloppements. Ventouses scarifiées Todd, spartéïne.	
110	L	M	35	Journalier.	.....	.....	21 déc. 1899.	27 déc. 1899.	Foyer à gauche.	Pneumonie.	T. 39°7.	*Guérison.* Défervescence du 28 an 30 déc.	1 enveloppement.	
111	F	M	47	Journalier.	.....	.....	fin déc. 1899.	26 janvier 1900.	Foyer occupant tout le poumon droit. Bronchite généralisée.	Broncho-pneumonie	T. 40°. R. 70. Faciès grippé. Prostration.	*Mort.* Le 27 janvier.	2 enveloppements. Ventouses scarifiées éther, spartéïne. Saignée 450 gr.	N'a pas été faite.
112	B	M	37	Journalier.	.....	Alcoolique.	9 janvier 1900.	14 janvier	Foyer occupant tout le poumon droit.	Pneumonie.	T. 39°-41°. P. petit, 104. Langue sale. Hématurie.	*Guérison.* Déferv. le 20 janv. Sort le 3 février. Urines normales.	10 enveloppements. Huile camphrée. Sérum. Spartéïne. Extrait thébaïque.	
113	K	M	30	Ebéniste.	Pleurésie gauche en 1899. Phlegmon diffus de la région sternale.	.....	16 janvier 1900.	17 janvier.	Bacillose des sommets. Bacille de Koch dans les crachats. Bronchite généralisée, Foyers au 1/3 moyen droit, base gauche.	Broncho-pneumonie grippale chez un tuberculeux.	T. 39°6.	*Guérison.* Défervescence du 26 au 27 janvier. Sortie 3 février.	6 enveloppements.	
114	T	M	35	Journalier.	Pneumonie en 1892.	.....	23 janvier 1900.	27 janvier.	Foyer à gauche.	Pneumonie franche.	T. 39°-40°. Pouls lent, faible. Albuminurie. Crachats jus de pruneaux.	*Guérison.* Déferv. du 1er au 2 fév. Sortie le 9 février.	5 enveloppements.	
115	L	M	47	Employé de commerce.	.....	.....	15 janvier 1900.	1er février.	Foyer à la base gauche. Bronchite gén. Frottements.	Broncho-pneumonie grippale.	T. 38°5-39°.	*Guérison.* Déferv. le 3 février. Sortie le 14 février.	1 enveloppement café, spartéine, ventouses.	
116	M	M	64	Bijoutier.	.....	Alcoolique.	10 février 1900.	18 février.	Foyer très étendu à gauche.	Pneumonie	T. 39°6. P. 104-128. bondissant. irrégulier. Délire. Oligurie. Albuminurie abondante.	*Mort* le 28 février.	12 enveloppements. Digitale, caféïne.	N'a pas été faite.
117		M	31	.....	.....	.....	10 février 1900.	18 février.	Foyer à la base gauche.	Pneumonie franche.	T. 39° 4.	*Guérison.* Déferv. du 18 février au 24 fév. Sortie le 28 février.	5 enveloppements.	

	Nom	Sexe	Age	Profession.	Antécédents.	Alcoolisme.	Début de la maladie.	Entrée à l'hôpital.	Siège des lésions.	Nature de la maladie.	Evolution. Particularités. Complications.	Terminaison.	Traitement.	Autopsie
118	T	M	41	.....	.....	.....	12 février 1900.	19 février.	Foyer à droite. Bronchite généralisée.	Broncho-pneumonie.	T. 39°5.	*Guérison.* Déferv. du 20 au 21 févr. Sortie le 26 févr.	4 enveloppements.	
119	K	M	62	.....	.....	Alcoolique.	20 février 1900.	27 février.	Souffle aux 2 aisselles. Râles crépitants disséminés.	Pneumonie.	T. 39°4-39°8. P. 124. Délire. Herpès.	*Mort* le 5 mars.	9 enveloppements.	N'a pas été faite.
120	M	M	36	.....	A 7 ans, pleur. et flux. de poitrine. Bronchite à 24 ans.	.....	Lent.	19 février.	Foyer au 1/3 moyen droit. Sommet droit suspect de tuberculose.	Broncho-pneumonie	T. 39°. P. 112 Herpès.	*Guérison.* Déferv. lente. Sortie le 2 mars.	Enveloppements	
121	B	M	18	Charpentier.	.....	Alcoolique	14 février 1900.	22 février.	Foyer à droite, puis nouveau foyer à gauche.	Pneumonie double.	T. 40°7. P. 112. Langue sale. Vomissements. Albuminurie.	*Mort* 8 mars avec pouls filiforme.	20 enveloppements.	N'a pas été faite.
122	W	M	15 1/2	Imprimeur.	Bronchites tous les hivers.	.....	16 février 1900. Brusque.	21 février.	Foyer à gauche. Quelques râles de bronchite.	Pneumonie franche.	T. 39°4. P. 128.	*Guérison.* Défervesc. achevée le 28 fév. Sortie le 11 mars.	2 enveloppements.	
123	C	M	17	Porteur de pain.	.....	.....	17 février 1900.	21 février.	Foyer à gauche.	Pneumonie franche.	T. 39°2. Albuminurie.	*Guérison.* Déferv. le 28 février. Sortie le 7 mars.	Enveloppements	
124	C	M	42	Tourneur.	....	Alcoolique.	15 février 1900.	15 février.	Foyer à droite. Bronchite généralisée.	Broncho-pneumonie	T. 39°. Herpès.	*Guérison.* Déferv. en lysis du 27 fév. au 4 mars.	1 enveloppement.	
125	C	M	23	Ebéniste.	Ictère en 1898	.....	15 janvier 1900. Brusque.	17 janvier.	Foyer à droite.	Pneumonie franche.	T. 39°6-40°. P. 120.	*Guérison.* Déferv. du 18 au 21 janvier. Sortie le 26 janv.	2 enveloppements.	
126	M	M	27	.....	Pleurésie en 1896.	.....	29 février 1900. Brusque.	9 février comme tuberculeux.	Foyer à droite.	Pneumonie franche.	T. 40°. Dyspnée intense.	*Guérison.* Sortie le 12 mars.	Enveloppements	
127	G	M	31	.....	Toussedepuis 10 ans. Pleur. en 1895	.....	.....	23 février 1900.	Foyer à droite.	Pneumonie.	T. 39°.	*Guérison.* Déferv. le 1er mars. Sortie le 15 mars.	1 enveloppement.	
128	B	M	45	....	.....	.....	Insidieux.	9 février 1900.	Foyers disséminés.	Pneumonie grippale	T. 40°4.	*Guérison.* Déferv. du 17 février au 4 mars. Sortie le 18 mars.	4 enveloppements.	

	Nom	Sexe	Age	Profession.	Antécédents	Alcoolisme	Début de la maladie	Entrée à l'hôpital.	Siège des lésions.	Nature de la maladie	Evolution. Particularités. Complications.	Terminaison.	Traitement.	Autopsie
129	J	M	55	.....	....	Alcoolique.	Insidieux.	18 mars 1900.	Foyer à gauche. Râles sous-crépitants aux 2 sommets.	Broncho-pneum.	T. 39°5 P. 50-60 faible. Dyspnée violente.	*Mort* le 22 mars.	1 enveloppement.	N'a pas été faite.
130	M	M	20 1/2	Menuisier.	.....	.....	21 mars 1900. brusque.	22 mars.	Foyer au sommet gauche.	Pneumonie du sommet.	T. 40°2. P. 86.	*Guérison.* Sort le 30 mars.	2 enveloppements.	
131	B	M	17	.....	.....	.....	20 février 1900.	24 février.	Foyer à gauche.	Pneumonie.	T. 40°3.	*Guérison.* Déferv. du 25 fév. au 1er mars. Sortie le 25 mars.	4 enveloppements.	
132	R	M	41	Monteur en bronze.	Toussedepuis l'âge de 30ans Hémoptisie en déc. 1899.	.....	15 mars 1900.	19 mars.	Foyer à la base gauche. Bacillose des sommets.	Broncho-pneum. grippale.	T. 39°. Pouls petit très rapide. Sub-délire.	*Guérison.* Déferv. lente. Sortie le 7 avril.	4 enveloppements. Huile camphrée.	
133	D	M	39	.....	Bronchite et pleurésie.	.....	20 mars 1900. brusque	29 mars.	Foyer occupant tout le poumon droit. Autre foyer à gauche.	Pneumonie double.	T. 40°. Dyspnée intense.	*Guérison.* Déferv. du 31 mars au 5 avril.	7 enveloppements. Huile camphrée.	
134	L	M	19	Fleuriste.	.....	.....	28 mars 1900. brusque.	30 mars.	Foyers au 1/3moyen droit et au sommet gauche.	Pneumonie double.	T. 39°, 40°4. P. 118. Vomis. Diarrhée Abattement. Albuminurie.	*Guérison.* Déferv. du 1er au 3 avril. Sortie, 14 avril.	3 enveloppements.	
135	R	M	67	Courtier en vins.	Syphilis.	Alcoolique. invétéré.	.....	7 avril 1900.	Foyer au sommet droit.	Pneumonie du sommet chez un alcoolique et syphilitique.	T. 41°. Coma dès l'entrée. Ictère très accentué. Foie et rate hypertrophiés.	*Mort.* 9 avril.	4 enveloppements.	N'a pas été faite.
136	W	M	33	Journalier.	.....	Alcoolique.	.....	8 avril 1900.	Foyer au sommet droit.	Pneumonie du sommet.	Délirium tremens. Cyanose. Refroidissement. Dyspnée intense.	*Mort.* le 9 avril.	2 enveloppements.	N'a pas été faite.
137	A	M	40	Fleuriste.	Cirrhose du foie.	Alcoolique.	10 avril 1900.	12 avril.	Foyer au 1/3 moyen. gauche.	Pneumonie franche.	Fièvrepeu élevée39° Subdélire. Etat général très mauvais.	*Mort* le 14 avril.	1 enveloppement.	Foie cirrhotique 2240 grammes. Rate 710 grammes. Reins 360-405 gr. P. moyenne du poumon gauche en hépatisationgrise.
138	B	M	43	Charretier.	.....	.....	26mars 1900. Brusque.	2 avril.	Foyer occupant le 1/3 moyen et le sommet du poumon gauche.	Pneumonie du sommet.	T. 39°8. 40°. Abattement. Albuminurie.	*Guérison.* Déferv. du 13 au 16 avril. Sortie le 21 avril.	10 enveloppements.	

	Nom	Sexe	Age	Profession.	Antécédents.	Alcoolisme.	Début de la maladie.	Entrée à l'hôpital.	Siège des lésions.	Nature de la maladie.	Evolution. Particularités. Complications.	Terminaison.	Traitement.	Autopsie.
139	L	M	69	Tailleur de limes.	.....	Alcoolique.	Insidieux.	17 avril.	Foyers bilatéraux.	Pneumonie double.	Peu de fièvre. Ataxo-adynamie. Puis température monte. Délire alcoolique.	*Mort* le 24 avril.	3 enveloppements.	N'a pas été faite.
140	N	M	54	.....	.....	Alcoolique invétéré.	18 avril 1900. Brusque.	20 avril.	Foyer au sommet gauche, gagne tout le poumon.	Pneumonie du sommet.	T. 41°. Pr 138. Déliriun tremens.	*Mort* le 24 avril.	8 enveloppements.	N'a pas été faite.
141	C	M	30	Ebéniste.	.....	Alcoolique.	18 avril 1900.	20 avril.	Foyer à la base droite.	Pneumonie.	Abattement. Torpeur. Langue sèche. Albuminurie. Subdélire. Mauvais état général.	*Mort* le 26 avril.	6 enveloppements.	N'a pas été faite.
142	B	M	28	Charretier.	Pneumonie et typhoïde simultanément en 1890.	Alcoolique invétéré.	19 avril 1900. Lent.	27 avril.	Foyer au sommet gauche.	Pneumonie du sommet.	T. 40°.	*Guérison.* Déferv. le 30 avril. Sortie le 5 mai.	3 enveloppements.	
143	B	M	23	Garçon de magasin.	.....	.....	15 avril 1900.	23 avril.	Foyer occupant les 2/3 supér. à gauche.	Pneumonie du sommet.	Herpès. Langue sèche.	*Guérison.* Déferv. le 28 avril. Sortie le 11 mai.	7 enveloppements.	
144	D	M	50	Ebéniste.	.....	Alcoolique.	25 avril 1900.	10 mai.	Foyers au sommet droit et à gauche. Bronchite généralisée.	Broncho-pneumonie	Mauvais état général.	*Mort* 15 mai.	7 enveloppements.	
145	B	M	30	.....	.....	.....	20 mai 1900.	25 mai.	Foyer à la base droite.	Pneumonie	Vomissement bilieux.	*Guérison.* Sortie le 7 juin.	1 enveloppement.	
146	H	M	40	Terrassier.	Paludéen.	.....	31 mai 1900. (brusque).	4 juin.	Foyer à la base droite.	Pneumonie franche.	T° 40°1. P. 96.	*Guérison.* Déferv. du 7 au 10 juin. Sortie le 15 juin.	3 enveloppements.	

Tel est le traitement auquel ont été soumis les 146 malades atteints de pneumonie ou de broncho-pneumonie soignés dans le service de M. le Dr Siredey et dont nous rapportons les observations.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS

Discussion.

Nous aurions pu rapporter en détail quelques-unes de nos observations, et il eût été intéressant d'y suivre jour par jour, heure par heure, l'évolution de la maladie sous l'influence du traitement.

Mais d'autres travaux ont déjà été publiés (Turbiau, Thèse, Paris 1892. Gagneur, Thèse, Paris, 1898) qui ont eu précisément pour objet de montrer pour chaque cas en particulier les résultats immédiats obtenus par la même méthode. Il suffira de s'y reporter pour y trouver dans l'histoire de chaque malade :

1° la cessation de la douleur, l'atténuation de la dyspnée, et la sensation de bien-être accusée par le malade qui s'endort souvent pendant l'application :

2° le relèvement et le ralentissement du pouls,

3 l'augmentation de la quantité des urines,

4° l'abaissement de la température ne suivant pas immédiatement l'enveloppement, mais se prolongeant plusieurs heures grâce à la transpiration abondante et persistante.

5° enfin l'amélioration de l'état général sous l'action

tonique et stimulante exercée par le drap mouillé sur le système nerveux.

Pour compléter l'étude de cette méthode thérapeutique, et l'envisager à un autre point de vue nous apportons un grand nombre d'observations résumées de façon aussi précise et aussi concise que possible. Nous pourrons, à l'aide de ces faits, établir une statistique et comparer les résultats avec ceux qui ont été obtenus antérieurement.

Mais auparavant, nous pouvons nous demander si le traitement a une réelle influence sur la durée de la maladie. Nous ne le croyons pas. On trouvera bien dans nos observations un certain nombre de cas où la défervescence s'est produite le 4e, 5e, 6e jour; mais combien d'autres ne se sont terminés qu'au delà des 8 ou 9 jours, fixés comme durée moyenne de la pneumonie. Le cycle de la maladie, du reste, n'étant pas invariable, nous ne saurions attribuer au traitement la réduction de quelques jours que nous avons parfois observée. Pour influencer ce cycle, pour le fermer prématurément, il faut autre chose qu'un agent physique externe comme le froid ou la révulsion, il faut un remède spécifique, antitoxique et nous ne l'avons pas encore (Comby. *Soc. méd. des hôpitaux*, 31 mai 1895).

Si le drap mouillé n'a pas une action certaine sur la durée de l'affection, il est incontestable qu'il modifie les conditions dans lesquelles se fait la défervescence. En parcourant nos feuilles de température nous avons été frappé de ce fait, que la fièvre ne cède que lentement, la crise est moins brusque, la défervescence s'effec-

tuant en 3, 4 ou 5 jours. Nous ne parlons ici, bien entendu, que de la pneumonie franche, la pneumonie grippale et la broncho-pneumonie se terminant normalement et spontanément par une défervescence en lysis. Comment expliquer ce fait ? Sans doute, la diurèse rétablie par l'enveloppement mouillé durant le cours de la maladie, a débarrassé l'économie d'une grande partie des toxines ; la guérison est préparée d'avance et s'effectuera rapidement mais progressivement sans exiger de l'organisme un effort brutal qui est toujours pénible pour le malade.

En effet, le changement brusque et profond qui se produit normalement dans la pneumonie franche au moment de la crise amène de l'hypothermie, qui s'accompagne parfois et surtout chez le vieillard de phénomènes inquiétants et de collapsus ; il peut encore provoquer un ralentissement extrême et même de l'irrégularité du pouls, des réactions nerveuses, et pour le moins, un certain degré d'abattement et de fatigue. Chez nos malades, au contraire, nous n'avons pas observé ces phénomènes ; l'organisme revient sans transition brusque à son état normal et la convalescence n'en est que plus rapide.

Il serait trop long d'énumérer ici les cas nombreux qui se sont terminés par la guérison, les succès souvent inespérés obtenus chez des malades où l'âge, les tares antérieures, le mauvais état général, l'hyperthermie, l'intensité des signes fonctionnels, et l'étendue des lésions avaient fait porter un mauvais pronostic. Il suffira de parcourir nos observations pour voir les résul-

tats heureux obtenus par le traitement chez des individus ayant dépassé 70 ans, chez des sujets porteurs de lésions massives, bilatérales, de pneumonies du sommet, chez des femmes enceintes, chez des alcooliques ou des diathésiques.

Nous nous bornerons à établir la statistique générale, et à chercher, si en présence d'échecs encore trop nombreux, la thérapeutique instituée peut-être rendue responsable de ces insuccès.

Sur 146 malades traités par le drap mouillé et les toniques nous avons eu 37 décès, soit une mortalité globale de 25,34 p. 100. Ce chiffre peut paraître énorme, la pneumonie étant généralement regardée comme une maladie bénigne, si l'on en juge par de nombreuses statistiques. Théoriquement, il devrait en être ainsi, en raison du peu d'activité toxique du pneumocoque; mais ce n'est là qu'un élément de pronostic. « En fait, comme le dit Talamon, ce qui commande le pronostic de la pneumonie, de nos jours comme de tout temps, c'est l'état individuel local et général du sujet atteint. » Et c'est sans doute, pour avoir expérimenté sur des terrains trop différents les uns des autres, que les auteurs apportent des statistiques si dissemblables.

Tout d'abord la pneumonie n'a pas chaque année, chaque saison, la même allure, la même gravité; tantôt elles sont toutes ou presque toutes graves, tantôt elles sont toutes ou presque toutes bénignes. Les séries, si fréquentes en clinique, se rencontrent bien souvent dans la pneumonie, séries heureuses et séries malheureu-

ses. Ceci nous explique les brillants succès de certains thérapeutes, et infirme la valeur de statistiques portant sur un nombre de cas trop restreint.

Mais le pronostic de la pneumonie ne varie pas seulement suivant les années, il varie aussi suivant les époques. Nous ne saurions, à l'heure actuelle, produire des statistiques aussi favorables que celle de Grisolle, par exemple, qui sur un total de 304 pneumoniques n'en a perdu que 43, soit une proportion de 14 p. 100. M. Ferrand dit lui-même (*Soc.méd. des hôpit.* 11 octobre 1895): « L'évolution des pneumonies présente de très grandes différences suivant les époques. Depuis quelque temps,je rencontre un assez grand nombre de pneumonies malignes ». De nos jours la moyenne de la mortalité par pneumonie dans les hôpitaux de Paris est fixée à 25 0/0 par Besnier d'après les relevés faits pendant une période de 10 ans (1870-1880). Lépine donne comme moyenne 29 pour 100. La plupart des auteurs s'accordent du reste à reconnaître à la maladie une gravité croissante. Comment expliquer ces faits ? Faut-il invoquer une exaltation hypothétique de la virulence du microbe ? C'est peu probable et c'est inutile. Mais ce qui n'est pas douteux c'est que « dans les grandes villes surtout,les conditions de la vie ne sont plus les mêmes qu'il y a 50 ans. Le travail plus pénible et plus intensif, l'alcoolisme plus précoce et généralisé, l'hérédité nerveuse, tuberculeuse et syphilitique, ont affaibli la race et créé des générations qui ne possèdent plus la vitalité des générations de la première moitié du siècle ». Talamon.

Comment dès lors comparer le résultat de nos statistiques avec celui qu'obtenaient nos devanciers par la saignée, l'émétique ou l'expectation.

Nous irons plus loin, et nous dirons qu'à la même époque les conditions où se trouvent placés les malades, sont encore trop variables suivant les milieux pour qu'il soit possible de comparer deux statistiques quelconques.

Comment mettre en parallèle les sujets de la clientèle de ville avec les malades des hôpitaux de Paris. Et parmi ceux-ci, n'en est-il pas qui présentent des conditions exceptionnellement défavorables, placés qu'ils sont dans un milieu ouvrier et miséreux où les principes les plus élémentaires d'hygiène sont absolument inconnus. L'hôpital St-Antoine est de ce nombre, puisque nous voyons M. Hayem déclarer à la Société médicale des Hôpitaux (17 mai 1895) : « A St-Antoine la pneumonie est la maladie la plus meurtrière. Il est vrai que sur 20 cas en moyenne, 18 sont des pneumonies alcooliques. Quoiqu'il en soit, pendant mes deux premières années (1879-1880) j'avais une *mortalité de* 50 *pour* 100 (1). Après j'eus recours aux bains froids, la mortalité tombe à 27 ou 28 pour 100 ». Sur 100 malades, qui entrent dans cet hôpital, il n'en est peut-être pas 10 qui se présentent indemnes de toute tare morbide. Stigmates de l'alcoolisme, de la syphilis, de la tuber-

1. Chiffre confirmé par Hanot. (*Communication orale*, même séance).

culose, de la dégénérescence nerveuse ou artérielle. presque tous offrent la marque d'une usure précoce et d'une sénilité anticipée.

C'est sur de pareils sujets, c'est dans un tel milieu qu'a été expérimentée notre méthode de traitement, qu'ont été prises les observations que nous rapportons. Si l'on veut bien encore considérer qu'un grand nombre de ces malades n'arrivent à l'hôpital qu'à la période ultime, pour y mourir le jour même, le lendemain ou le surlendemain de leur entrée, et que dans ces cas, la thérapeutique n'a pour ainsi dire plus de prise sur le mal, on comprendra comment malgré les efforts et l'efficacité d'un traitement, le chiffre de mortalité est encore aussi élevé.

Nous pouvons maintenant passer à l'étude des faits et montrer comment la plupart de nos insuccès ne sont pas tant dus à l'inefficacité du traitement qu'aux mauvaises conditions de pronostic où étaient placés nos malades.

« La considération de l'âge des sujets est un des principaux éléments sur lesquels repose le pronostic de la pneumonie », dit Grisolle. Et il cite à l'appui la statistique de Leroux (1826), qui porte sur 364 malades, dont 85 sont morts, soit une mortalité de 23, 6 p. 100.

De 13 à 30 ans	182 malades		17 déc.	Mortalité	9,2 0/0
— 30 à 40 —	58	—	15 —	—	25,8 0/0
— 40 à 50 —	47	—	16 —	—	34 0/0
— 50 à 60 —	55	—	23 —	—	41,8 0/0
— 60 à 70 —	16	—	9 —	—	56 0/0
— 70 à 75 —	9	—	5 —	—	83,3 0/0

C'est donc par âge que nous grouperons nos malades, et dans chacune des catégories, établies par dizaines d'années, nous rechercherons les autres éléments qui ont pu modifier le pronostic. Mais il convient d'abord de remarquer, comme le fait Talamon, combien, pour apprécier la valeur d'une statistique, il est bon d'être renseigné au juste sur le nombre des sujets âgés de moins de 30 ans, que renferme cette statistique. Aussi ne nous étonnerons-nous pas des beaux résultats obtenus par Pétrescu dont la statistique porte uniquement sur des soldats, c'est-à-dire sur des sujets jeunes, vigoureux et généralement exempts de toute tare morbide. La statistique de Leroux comprend encore sur 364 malades, 182 âgés de moins de 30 ans, soit la moitié. Or ces 182 premiers malades ne donnent que 17 morts, tandis que les 182 autres en fournissent 68, soit une proprotion de *9,2 o/o* pour le 1er groupe et de *37.3 o/o* pour le second. On voit de quelles variations est susceptible la mortalité d'une série de pneumoniques suivant que le nombre des sujets au-dessous de 30 ans compris dans cette série est plus ou moins considérable. Et ceci donne la clef de bien des succès thérapeutiques attribués à telle ou telle méthode anti-pneumonique.

Si nous examinons notre statistique à ce point de vue, sur 146 malades, nous n'en avons que 38 âgés de moins de 30 ans, sur lesquels 2 sont morts, soit une lithalité de *5.26 pour 100*. Les 108 autres sujets ont donné 35 décès, soit une mortalité de *32.41 pour 100*. Nous voyons ainsi que tout en ayant une mortalité globale (25.34) plus élevée que celle de Leroux (23.6 0/0)

la mortalité de chacun de nos groupes est inférieure aux chiffres correspondants de sa statistique. Cela tient à la répartition différente, des sujets jeunes dans les deux séries de malades, et cela montre aussi comment il est impossible de comparer deux statistiques si l'on n'en connaît pas tous les éléments.

Mais passons maintenant à l'analyse de nos cas malheureux.

Sur 38 sujets, âgés de 16 à 29 ans, nous avons eu 2 décès, soit une mortalité de 5.26 pour 100. Mais les deux malades que nous avons perdus étaient des alcooliques : l'un (obs. 84) était atteint de broncho-pneumonie grippale avec pleurésie ; l'autre (obs. 121) eut une pneumonie double avec albuminurie et vomissements.

Trente-trois autres malades étaient âgés de 30 à 39 ans ; 28 ont guéri, 5 sont morts soit une proportion de 14.7 pour 100. Parmi ces derniers, l'un (obs. 26) atteint de broncho-pneumonie, toussait déjà depuis un an ; il entre à l'hôpital avec une dyspnée intense et un état général très mauvais, et meurt trois jours après ; l'autopsie révéla à droite un poumon entièrement hépatisé, un reliquat d'ancienne pleurésie interlobaire, des adhérences et même une calcification de la plèvre ; à gauche, un épanchement pleural purulent d'environ 150 gr. et des fausses membranes très épaisses. Un autre sujet, une femme (obs. 46) était soignée pour des accidents asystoliques ; son état s'était amélioré, quand elle contracte dans le service une broncho-pneumonie et succombe 5 jours après le début des phénomènes pulmonaires au

milieu du tableau classique de l'asystolie. Le traitement ne peut être taxé d'impuissance pour avoir échoué dans ces deux cas où la vie des malades était déjà compromise longtemps avant le début de l'affection pulmonaire.

Les trois autres malades qui moururent, étaient des alcooliques : l'un (obs. 89) atteint d'une pneumonie du sommet succomba le jour même de son arrivée, dans un accès de delirium tremens ; un autre (obs. 136) également atteint de pneumonie du sommet et présentant un délire alcoolique violent est mort le lendemain de son entrée dans le service ; le troisième enfin (obs. 141) était plongé dans un état typhoïde très grave dès son arrivée.

Ainsi sur 71 malades âgés de moins de 40 ans, 64 ont guéri, et dans les 7 autres cas, le traitement institué ne saurait être taxé d'infériorité.

Une 3^{me} série comprend 34 malades âgés de 40 à 49 ans et chez lesquels 11 décès se sont produits, soit un pourcentage de 32.35 pour 100. Cinq de ces individus étaient des alcooliques : le premier (obs. 76) un ancien tuberculeux était atteint d'une pneumonie massive du poumon gauche et présentait un état général très grave avec albuminurie, diarrhée abondante et vomissements bilieux ; le second (obs. 80) mourut 4 jours après son arrivée, et l'autopsie révéla une hépatisation grise de tout le poumon droit pris en masse, avec des adhérences de la plèvre médiastine correspondante, un poumon gauche fortement congestionné, un cœur hypertrophié pesant 720 gr. enfin un foie de 2250 gr. avec des lésions de sclérose. Le troisième

(obs. 99) atteint de pneumonie du sommet est mort le lendemain de son entrée dans le service. Le quatrième (obs. 137) succomba deux jours après son arrivée et l'on trouva à l'autopsie un foie cirrhotique de 2240 gr. et des reins dégénérés pesant 360 et 405 gr. Le cinquième enfin (obs. 84) atteint de pneumonie grippale présentait des lésions d'hépatisation grise avec foyers de ramollissement.

Parmi les six autres malades de la série qui succombèrent, une femme (obs. 8) était atteinte de pleuro-pneumonie, une autre (obs. 35) morte deux jours après son arrivée avec un état typhoïde grave, portait des lésions de péritonite avec adhérences relevées à l'autopsie ; une troisième (obs. 41) présenta au cours d'une récidive une pneumonie double avec épanchement pleural et péricardique et mourut deux jours après son entrée dans le service. Un homme (obs. 25) était atteint, d'une pneumonie du sommet avec état général très grave dès son arrivée à l'hôpital et mourut 4 jours après. Un autre malade (obs. 61) présentant une broncho-pneumonie grippale, ne séjourna que deux jours dans le service et son autopsie révéla des foyers de suppuration dans le poumon gauche. Enfin un dernier malade (obs. 111) abattu, cyanique, avec 70 inspirations par minute à son arrivée, mourait le lendemain d'une broncho-pneumonie.

Nous voyons ainsi que la plupart de ces sujets arrivaient à l'hôpital avec des lésions très avancées, un état général très grave et y succombaient rapidement, sans que le traitement ait eu le temps d'agir et de produire

ses heureux effets. Combien peut-être eut-on sauvé de ces malades si la méthode avait été appliquée dès le début de leur affection.

Mais nous arrivons à un âge où les affections aiguës de l'appareil respiratoire comportent déjà par elles-mêmes un pronostic réservé. 24 de nos malades étaient âgés de 50 à 59 ans ; 17 ont guéri et parmi les 7 qui ont succombé, 5 étaient encore des alcooliques ; trois d'entre eux (obs. 97-129-144) étaient atteints de broncho-pneumonie ou de pneumonie grippale, un 4e (obs. 140) de pneumonie du sommet, le 5e enfin (obs. 75) de pneumonie massive. Un 6e malade (obs. 95) présentait des signes bilatéraux et mourut le lendemain de son arrivée. Le 7e (obs. 63) était porteur d'un vaste foyer de gangrène pulmonaire.

De 60 à 69 ans, 13 malades nous ont donné 9 décès soit une mortalité de 69, 2 pour 100. A cette période de la vie, le pronostic est en effet des plus graves et cependant n'aurions-nous pas obtenu un meilleur pourcentage, si sur ces 9 malades nous n'avions pas eu 4 alcooliques, parmi lesquels nous comptons 2 pneumonies doubles (obs. 119-139) un malade (obs. 116) atteint de lésions cardiaques et rénales, un 4e enfin (obs. 143) syphilitique et atteint d'une pneumonie du sommet. Un autre sujet (obs. 3) âgé de 65 ans et artério-scléreux est mort de pneumonie trois jours après son arrivée.

Quatre femmes enfin qui à cet âge semblent moins résistantes encore que les hommes, succombèrent de pneumonie (obs. 40) et de broncho-pneumonie

(obs. 37, 47 et 51) dans un délai très restreint après leur entrée dans le service.

Cinq de nos malades seulement avaient dépassé 70 ans. Deux ont guéri, l'un (obs. 7), âgé de 76 ans, atteint de pneumonie franche, un autre (obs. 102) atteint de broncho-pneumonie. Un troisième (obs. 86) est mort d'une pneumonie double et une femme (obs. 48) a succombé deux jours après son entrée, d'une broncho-pneumonie; enfin une dernière (obs. 43) âgée de 76 ans est morte d'une rechute survenue 12 jours après la défervescence d'une première pneumonie.

Si nous voulions maintenant, comme l'ont fait sans doute quelques auteurs, éliminer les vieillards, les alcooliques, les malades atteints de complications graves, survenues avant leur entrée dans le service, et ceux qui arrivant à l'hôpital à la période ultime de leur maladie n'ont pu bénéficier du traitement, n'aurions-nous pas un chiffre de mortalité aussi faible que celui des meilleures statistiques? Mais nous n'en ferons rien, et la tâche en serait trop délicate; nous nous contenterons d'exposer les faits complètement et consciencusement, laissant à chacun le soin de juger des résultats obtenus.

Ce qu'il faut en effet pour apprécier sainement la valeur d'un traitement, ce n'est pas une statistique expurgée ou sommaire, un pourcentage de mortalité plus ou moins heureux c'est une statistique globale et détaillée, un exposé aussi complet que possible de nombreux cas soumis au traitement et des divers éléments de pronostic qu'on présentés ces malades.

Nous voudrions maintenant, à l'aide des documents que nous avons rapportés, établir ou vérifier les conditions diverses qui peuvent modifier le pronostic de la pneumonie.

L'influence de l'âge est incontestable et admise du reste par tous les auteurs ; nous n'insisterons donc pas sur ce point, tout en faisant remarquer qu'en présence d'un vieillard atteint de pneumonie, si âgé soit-il, on ne saurait perdre tout espoir, à moins que le sujet ne soit porteur de lésions anciennes qui n'attendent plus qu'un prétexte pour entraîner la mort, à moins encore que le malade ne soit un alcoolique.

Car c'est bien l'alcoolisme, croyons-nous, qui, parmi ses ravages et ses nombreux méfaits, constitue pour le pneumonique le plus fâcheux élément de pronostic. Chez ces sujets, tarés et débilités par l'intoxication éthylique, peu importe l'âge, l'organisme est toujours en état de moindre résistance et faillira au moindre choc. Malheureusement ce vice est maintenant généralisé, puisque nous trouvons dans nos observations des alcooliques âgés de moins de 30 ans, d'autres ayant dépassé la soixantaine. M. Hayem disait à la société des hôpitaux, qu'à Saint-Antoine sur 20 pneumoniques, on pouvait compter 18 alcooliques. Nous ne voudrions cependant pas tabler sur ces chiffres pour établir un pourcentage de mortalité chez les pneumoniques alcooliques ; mais il est certain que cette tare joue un rôle prépondérant parmi les causes de léthalité, puisque dans notre statistique, sur 37 décès, nous comptons 19 alcooliques, soit une proportion de plus de moitié.

L'alcool modifie le processsus pneumonique, en favorisant l'extension rapide des lésions locales et la tendance à la suppuration précoce de l'exsudat, et en provoquant l'explosion des accidents cérébraux qui caractérisent le délirium tremens. Selon l'expression heureuse de M. Talamon, l'alcoolisme stérilise en quelque sorte l'organisme avant l'âge. Il prime donc tout autre élément de pronostic, même l'âge.

Faut-il invoquer l'influence du sexe, et la mortalité serait-elle plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Les différences signalées à ce sujet par la plupart des auteurs s'expliqueraient peut-être par une moindre résistance de la femme à partir d'un certain âge et surtout par l'adjonction d'un nouvel élément de pronostic, la puerpéralité. Quatre de nos malades (obs. 9, 16, 36, 42), étaient enceintes, toutes ont guéri ; une seule fois se produisit l'avortement, qui du reste n'eut pas de suites fâcheuses pour la patiente. Mais ces observations sont trop peu nombreuses et nous n'abuserons pas de la statistique pour infirmer les faits qu'ont avancés les accoucheurs.

Les maladies et les lésions antérieures concourent bien souvent à aggraver le pronostic. Ainsi, comme nous l'avons vu dans nos observations, les sujets atteints d'une lésion ancienne du poumon, du cœur, du foie ou des reins, sont trop souvent voués à une issue défavorable.

Les rechutes et les récidives sont graves ou bénignes, suivant les cas ; mais on ne saurait sans doute leur attribuer une malignité particulière.

La plupart des auteurs, attribuent une influence considérable au siège et à l'étendue des lésions pulmonaires ; le fait n'est pas douteux, et cependant là encore la gravité du pronostic est sous la dépendance de l'état général. N'avons-nous pas vu en effet de nombreuses pneumonies du sommet, pneumonies massives et pneumonies doubles, suivies de guérison, lorsqu'elles évoluaient sur un organisme résistant et vigoureux.

Enfin, il est certain que l'influence saisonnière et le génie épidémique régnant, font varier la gravité de la pneumonie dans les proportions les plus inattendues.

Mais une condition très défavorable, que nous avons déjà signalée et sur laquelle nous revenons à dessein, c'est que beaucoup de malades n'entrent à l'hôpital que tardivement, au dernier terme de leur affection, pour ne pas succomber chez eux dans la misère et l'isolement. Les lésions sont alors trop étendues ou trop avancées, l'état général est très mauvais, l'organisme a déjà cédé dans la lutte et n'est plus en mesure de bénéficier du traitement.

Telles sont brièvement résumées, et telles que nous les avons rencontrées bien souvent chez nos malades, les conditions qui peuvent influer d'une façon défavorable sur l'issue de la pneumonie. Trop souvent même réunies chez un même sujet, dans le milieu qui nous occupe, elles réalisent un terrain très précaire où malgré les moyens qu'on lui oppose l'agent microbien restera trop souvent victorieux.

CONCLUSIONS

I. — Il n'existe pas encore de médication spécifique, qu'on puisse opposer efficacement à la pneumonie. Actuellement, le traitement de cette maladie est réduit à une thérapeutique d'indications.

II. — L'hydrothérapie est un puissant moyen d'action pour soutenir les forces du malade. Le but de cette méthode n'est pas tant de combattre l'hyperthermie, que de régulariser les fonctions du système nerveux, d'exercer une révulsion énergique, de faciliter la circulation périphérique et d'alléger ainsi la surcharge du cœur et des poumons, d'activer les sécrétions et de contribuer à l'élimination des toxines.

III. — L'enveloppement dans le drap mouillé constitue dans la pneumonie un des meilleurs procédés d'hydrothérapie.

Ses indications sont nombreuses, et à l'inverse du bain froid, il souffre peu de contre-indications. Il est particulièrement indiqué dans les formes congestives avec symptômes fonctionnels intenses et hyperthermie, ainsi que dans les pneumonies adynamiques avec asthénie cardiaque et nerveuse.

Son emploi facile, son innocuité absolue, le soulage-

ment qu'il procure toujours aux malades suffiraient à en généraliser l'usage.

IV. — Sans avoir d'action incontestable sur le processus pneumonique ni sur le cycle de l'affection, il semble agir favorablement sur la dernière phase de l'évolution des pneumonies franches. Il rend la crise moins brusque, la réaction moins brutale et ménage ainsi les forces du malade pour la convalescence qui s'effectue plus rapidement.

V. — On associera du reste avec avantage au drap mouillé la médication tonique : caféïne, digitale, sparteïne, injections de sérum et d'huile camphrée, boissons abondantes et légèrement alcoolisées.

Ce traitement, institué dès le début de la maladie, a déjà fait ses preuves ; il mérite d'être rangé parmi les meilleures armes défensives dont nous disposions actuellement contre la pneumonie.

Vu : le Président de la thèse,
HUTINEL

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

Albert. — Thèse de doctorat, Paris, 1896.

Ausset. — Action physiologique et clinique des bains froids. (Sciences médicales, Bordeaux, janvier et février 1895).

Barth. — Société médicale des hôpitaux, 27 juin 1890.

Beni-Barde. — Art. hydrothérapie. (Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie).

Bouchard. — Pathologie générale, 1888.

Chaumier (de Tours). — Communication au congrès de Blois, 1884.

Chaumier. — Thèse de doctorat, Paris, 1894.

Comby. — Société médicale des hôpitaux, 17 mai 1895.

— Médecine moderne, 2 janvier 1897.

Deck. — Thèse de doctorat, Nancy, 1895.

Differdange. — Thèse de doctorat, Paris, 1893.

Flatté. — Thèse de doctorat, Paris, 1892.

Fleury. — Traité d'hydrothérapie, (Paris, 1853).

Gignoux. — Lyon médical, 1883.

Gauthier. — Bulletin de l'Académie de médecine, 1886.

Goumy. — Thèse de doctorat, Lyon, 1884.

Grisolle. — Traité de la pneumonie.

Hanot. — Thèse d'agrégation, 1880.

Hayem. — Leçons de thérapeutiqne, 1887.

— Revue des sciences médicales, 1885, p. 501 et 1897, p. 178 et 519.

Hénault. — Thèse de doctorat, Paris, 1890.

Hutinel. — Bulletin médical, 1892.

Joffroy. — Thèse d'agrégation, 1887.

Jurgensen. — Zur Lehre von der Behandlung sieberhafte Krankeiten mittelst des kalten Vassers (Deutsches arch., 1867-1868).

— Croupose Pneumonie (Ziemssen's Handbuch der speciellen Path. und Ther. B. V., 1877-1883).

Labadie-Lagrave. — Thèse d'agrégation, 1878.

Lacaze. — Thèse de doctorat, Paris, 1895.

Lacour. — Thèse de doctorat. Paris, 1884.

Lees. — Traitement de la pneumonie par les vessies de glace. (The Lancet, 1889).

Legendre. — Société médicale des hôpitaux. 16 mars 1894.

Lépine. — Pneumonie. (Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques).

Liebermeister. — Jahresbericht 1869. Band II., p. 225.

— Handbuch der Pathologie und Therapeutic des Fiebers, 1875.

Lyon. — Traité de thérapeutique. Edition de 1899.

Netter. — Art. Pneumonie. (Dictionnaire de médecine de Bouchard).

Nothnagel. — Communication au Congrès de médecine interne de Wiesbaden, 1900.

Pambrun. — Thèse de doctorat. Paris, 1895.

Peter. — Bulletin de l'académie de médecine, 1883.

Rauline. — Thèse de doctorat. Paris, 1896.

Rendu. — Journal des praticiens, 1894, p. 109 et 449.

— Société médicale des hôpitaux, mars 1894.

Richardière. — Médecine moderne, mai 1894.

Robin (A.). — Bulletin de l'Académie de médecine, 1888.

Roger (H). — Art. Broncho-pneumonie. (Dict. des sciences médicales).

Roger et Gaune. — Société de biologie, 1889.

Roland. — Dictionnaire des médecins praticiens, 1894. p. 210.

Santiard. — Thèse de doctorat, Paris 1862.

Sevestre. — Société médicale des hôpitaux, 1892.

Talamon. — Traitement de la pneumonie lobaire aiguë. In Traité de thérapeutique appliquée. Fasc. VIII, p. 72.

— Médecine moderne, 1899. p, 37. 65 et 129.

Tartivel. — Hydrothérapie. (Dict. de Dechambre).

Turbiau. — Thèse de Doctorat. Paris, 1892.

Winternitz. — Congrès de Wiesbaden, 1886.

Ziemssen. — Pleuritis und Pneumonie, 1862.

JOUVE et BOYER, imp. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris